

Bernáth–Vincze Anna Emese

# ILUZII POZITIVE SAU SĂNĂTATE MENTALĂ ILUZORIE



Rolul convingerilor pozitive în sănătatea mentală

Presa Universitară Clujeană

**BERNÁTH-VINCZE ANNA EMESE**

**ILUZII POZITIVE  
SAU SĂNĂTATE MENTALĂ ILUZORIE?**

**ROLUL CONVINGERILOR POZITIVE  
ÎN SĂNĂTATEA MENTALĂ**

***Referenți științifici:***

**Prof. univ. dr. István Szamosközi**

**Prof. univ. dr. Nicolae Mitrofan**

**Prof. univ. dr. Maria Roth**

ISBN 978-606-37-0036-1

© 2016 Autoarea volumului. Toate drepturile rezervate.  
Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice mijloace, fără acordul autoarei, este interzisă și se pedepsește conform legii.

**Coperta: Bernáth Csongor**

**Tehnoredactare computerizată: Alexandru Cobzaș**

**Universitatea Babeș-Bolyai**

**Presa Universitară Clujeană**

**Director: Codruța Săcelean**

**Str. Hasdeu nr. 51**

**400371 Cluj-Napoca, România**

**Tel./fax: (+40)-264-597.401**

**E-mail: [editura@editura.ubbcluj.ro](mailto:editura@editura.ubbcluj.ro)**

**<http://www.editura.ubbcluj.ro/>**

**BERNÁTH-VINCZE ANNA EMESE**

**ILUZII POZITIVE  
SAU SĂNĂTATE MENTALĂ  
ILUZORIE?**

**ROLUL CONVINGERILOR POZITIVE  
ÎN SĂNĂTATEA MENTALĂ**

**PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ**

**2016**



**Finanțator: CNCS-UEFISCDI**

**Cartea cuprinde lucrări bazate pe cercetarea:**

*Rezultantele adolescenței. O viziune longitudinală privind influențele contextului social asupra tranzițiilor de success către viața adultă.*

**Cod proiect: PN-II-ID-PCE-2011-3-0543; Cod contract: 233/5.10.2011**

**Coordonator științific: Prof. univ. dr. Maria Roth**

**Manager proiect: Lect. univ. dr. Teodor Paul Hărăguș**

# CUPRINS

|   |           |
|---|-----------|
| <b>LISTA TABELELOR .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>LISTA FIGURILOR .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>LISTA CU ABREVIERI UTILIZATE PE PARCURSUL LUCRĂRII .....</b>   | <b>13</b> |
| <b>MULȚUMIRI .....</b>  | <b>15</b> |
| <b>CONSIDERAȚII INTRODUCTIVE.....</b>   | <b>17</b> |
| PROBLEMATICA ȘI OBIECTIVELE LUCRĂRII .....  | 18        |
| STRUCTURA LUCRĂRII.....   | 19        |
| <b>CAPITOLUL 1. ROLUL ILUZIILOR POZITIVE ÎN SĂNĂTATEA MENTALĂ .....</b>   | <b>21</b> |
| 1.1. SĂNĂTATEA MENTALĂ ȘI STAREA DE BINE.....   | 21        |
| 1.1.1. Definiții conceptuale.....   | 21        |
| 1.1.2. Criterii și componente.....  | 22        |
| 1.2. ABORDAREA BIASĂRILOR POZITIVE DIN PERSPECTIVA TEORIILOR<br>TRADIȚIONALE ALE PSIHOLOGIEI.....                   | 24        |
| 1.2.1. Irațiune profundă: perspectiva psihodinamică.....  | 25        |
| 1.2.2. Rațiune profundă: perspectiva fenomenologică.....  | 25        |
| 1.2.3. Echilibru între rațiune / irațiune: perspectiva cognitiv -<br>comportamentală.....                           | 27        |
| 1.3. ABORDAREA CONTEMPORANĂ A BIASĂRILOR POZITIVE ÎN<br>AUTOPERCEPȚIE: ILUZIILE POZITIVE .....                      | 28        |
| 1.3.1. Imaginea de sine iluzorie.....   | 29        |
| 1.3.2. Controlul iluzoriu .....   | 30        |
| 1.3.3. Optimismul iluzoriu .....  | 31        |
| 1.3.4. Limita optimă a iluziilor pozitive .....   | 32        |
| 1.4. DEZVOLTAREA CERCETĂRILOR REFERITOARE LA RELAȚIA ILUZIILOR<br>POZITIVE CU DIMENSIUNI ALE ADAPTĂRII PSIHICE..... | 33        |
| 1.4.1. Iluziile pozitive ca resurse psihice în protecția sănătății.....   | 34        |
| 1.4.2. Iluzii pozitive ca resurse psihice în optimizarea sănătății mentale.....                                     | 37        |
| Concluzii.....  | 39        |
| <b>CAPITOLUL 2. FAȚA „ÎNTUNECATĂ” A ILUZIILOR POZITIVE .....</b>  | <b>41</b> |
| 2.1. CRITICA REFERITOARE LA TEORIA ADAPTĂRII COGNITIVE.....   | 41        |
| 2.1.1. Aspecte conceptuale și metodologice .....  | 41        |
| 2.1.2. Asocierea iluziilor pozitive cu mecanisme defensive<br>și stimă de sine fragilă.....                         | 43        |

|  |    |
|--|----|
| 2.2. SĂNĂTATEA MENTALĂ ILUZORIE .....                                  | 46 |
| 2.2.1. Mecanisme de apărare, comportament defensiv .....               | 47 |
| 2.2.2. Autoamăgirea și managementul impresiilor .....                  | 49 |
| 2.2.3. Sănătate mentală iluzorie și reacția autonomă la stres .....    | 53 |
| 2.2.4. Negarea defensivă, ca factor de risc .....                      | 53 |
| 2.2.5. Reactivitate electrodermală .....                               | 55 |
| 2.2.6. Reactivitate cardiovasculară .....                              | 55 |
| Concluzii .....  | 57 |
| 2.3. PARADIGME DE EVALUARE ALE DEFENSIVITĂȚII .....                    | 57 |
| 2.3.1. Paradigma evaluării defensivității prin autoevaluare .....      | 58 |
| 2.3.2. Paradigma evaluării prin intermediul amintirilor timpurii ..... | 59 |
| Concluzii .....  | 62 |
| SINTETIZA CAPITOLELOR 1 ȘI 2 .....                                     | 62 |

### **CAPITOLUL 3. ILUZII POZITIVE SAU SĂNĂTATE MENTALĂ ILUZORIE? DEZVOLTAREA UNUI MODEL TEORETICO-EXPERIMENTAL ..... 65**

|  |     |
|--|-----|
| 3.1. STUDIUL 1. RELAȚIA ILUZIILOR POZITIVE CU SĂNĂTATEA MENTALĂ .....  | 65  |
| 3.1.1. Obiective și ipoteze .....  | 65  |
| 3.1.2. Metoda .....  | 66  |
| 3.1.2.1. Participanți .....  | 66  |
| 3.1.2.2. Procedură și instrumente .....  | 66  |
| 3.1.2.3. Descrierea instrumentelor .....   | 68  |
| 3.1.3. Rezultate .....   | 74  |
| 3.1.3.1. Caracteristici ale iluziilor pozitive .....   | 74  |
| 3.1.3.2. Relația iluziilor pozitive cu dimensiuni ale adaptării psihice .....  | 77  |
| 3.1.3.3. Relația iluziilor pozitive cu mecanismele de coping .....   | 92  |
| 3.1.3.4. Relații complexe între factori. Analiza de cale și de mediere. ....   | 94  |
| 3.1.4. Discuții .....  | 100 |
| 3.1.4.1. Relația iluziilor pozitive cu dimensiuni ale adaptării psihice .....  | 100 |
| 3.1.4.1. Răspuns la critică .....  | 104 |
| 3.1.5. Concluzii .....   | 105 |
| 3.1.6. Limitele cercetării .....   | 106 |
| 3.2. STUDIUL 2. SĂNĂTATEA MENTALĂ ILUZORIE. DEOSEBIREA ILUZIILOR<br>FUNȚIONALE DE CELE DISFUNȚIONALE PRIN PARADIGMA<br>EVALUĂRII CLINICE ..... | 107 |
| 3.2.1. Obiective și ipoteze .....  | 107 |
| 3.2.2. Metoda .....  | 108 |
| 3.2.2.1. Participanți .....  | 108 |
| 3.2.2.2. Procedura .....   | 108 |
| 3.2.2.3. Instrumente/materiale .....   | 110 |
| 3.2.3. Rezultate .....   | 110 |
| 3.2.3.1. Iluziile pozitive la lotul studiat .....  | 111 |
| 3.2.3.2. Iluziile pozitive la grupele experimentale .....  | 111 |
| 3.2.3.3. Evaluarea dimensiunilor de sănătate mentală și asocierea<br>acestora cu iluzii pozitive la grupele experimentale .....                | 113 |
| 3.2.3.4. Scheme cognitive disfuncționale .....   | 114 |
| 3.2.3.5. Autoamăgirea (SDS) și managementul impresiilor (MI) .....   | 116 |
| 3.2.3.6. Strategii de coping .....   | 117 |

|   |            |
|---|------------|
| 3.2.3.7. Rolul iluziilor pozitive în predicția adoptării strategiilor de coping prin analiza path și mediere la grupele experimentale .....                     | 122        |
| 3.2.4. Construirea modelului .....  | 122        |
| 3.2.5. Discuții .....   | 128        |
| 3.2.6. Concluzii .....  | 133        |
| 3.3. STUDIUL 3. DEOSEBIREA ILUZIILOR POZITIVE FUNCȚIONALE DE CELE DISFUNCȚIONALE PRIN PARADIGMA DE EVALUARE A ANXIETĂȚII CAMUFLATE .....                        | 134        |
| 3.3.1. Considerații preliminare .....   | 134        |
| 3.3.2. Obiective și ipoteze .....   | 135        |
| 3.3.3. Metoda .....   | 136        |
| 3.3.3.1. Participanți .....   | 136        |
| 3.3.3.2. Procedura și instrumente .....   | 136        |
| 3.3.4. Rezultate .....  | 138        |
| 3.3.4.1. Efectul iluziilor pozitive asupra TR .....   | 138        |
| 3.3.5. Discuții .....   | 146        |
| 3.3.6. Concluzii .....  | 148        |
| 3.4. STUDIUL 4. DEOSEBIREA ILUZIILOR POZITIVE FUNCȚIONALE DE CELE DISFUNCȚIONALE PRIN PARADIGMA EVALUĂRII REACTIVITĂȚII FIZIOLOGICE LA STRES .....              | 149        |
| 3.4.1. Considerații preliminare .....   | 149        |
| 3.4.2. Obiective și ipoteze .....   | 151        |
| 3.4.3. Metoda .....   | 151        |
| 3.4.3.1. Participanții .....  | 151        |
| 3.4.3.2. Procedura și instrumente .....   | 152        |
| 3.4.4. Rezultate .....  | 155        |
| 3.4.4.1. Analize preliminare: .....   | 155        |
| 3.4.4.2. Varianța indicatorilor electrofiziologici în diferite condiții de stres în funcție de nivelul iluziilor pozitive .....                                 | 156        |
| 3.4.4.3. Varianța indicatorilor fiziologici în diferite condiții de stres la grupe experimentale .....  | 158        |
| 3.4.4.4. Predicția reactivității fiziologice în condiție de stres de scor distres obținut .....   | 161        |
| 3.4.4.5. Analiza componentelor principale, rotație Promax .....   | 161        |
| 3.4.4.6. Analiza de cale și de mediere .....  | 164        |
| 3.4.5. Discuții .....   | 169        |
| 3.4.6. Concluzii .....  | 173        |
| 3.5. DISCUȚII FINALE. INTEGRAREA PERSPECTIVE DE „ADAPTARE” CU PERSPECTIVA DE „APĂRARE”. DELIMITAREA ILUZIILOR POZITIVE FUNCȚIONALE DE CELE DISFUNCȚIONALE ..... | 174        |
| 3.5.1. Integrarea contradicțiilor în baza rezultatelor pe plan metodologic și conceptual .....  | 174        |
| 3.5.2. Delimitarea iluziilor pozitive funcționale de cele disfuncționale .....  | 178        |
| 3.6. IMPLICAȚIILE REZULTATELOR .....  | 182        |
| <b>CONCLUZII FINALE .....</b>   | <b>185</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIE .....</b>   | <b>187</b> |

|   |            |
|---|------------|
| <b>ANEXE .....</b>  | <b>203</b> |
| ANEXA 1. TESTUL DE AMINTIRI TIMPURI<br>(SHEDLER, KARLINER, KATZ, 2003)..... | 203        |
| ANEXA 2. LISTELE DE CUVINTE FOLOSITE ÎN STUDIUL 3.....                      | 205        |
| ANEXA 3. PICTURES OF FACIAL AFFECT (POFA).....                              | 206        |
| <b>DESPRE AUTOR .....</b>   | <b>209</b> |
| PUBLICAȚIILE AUTOAREI LEGATE DE SUBIECTUL CĂRȚII .....                      | 209        |
| PARTICIPĂRI LA CONFERINȚE CU LUCRĂRI LEGATE DE SUBIECTUL CĂRȚII .....       | 211        |

## LISTA TABELELOR

|   |     |
|---|-----|
| Tabelul 1 – Caracteristici demografice ale lotului .....  | 66  |
| Tabelul 2 – Analiza comparativă. Varianța iluziilor pozitive în funcție de vârstă.....  | 76  |
| Tabelul 3 – Statistica descriptivă a scalelor utilizate.....  | 77  |
| Tabelul 4- Relația variabilelor incluse în Studiul 1 .....  | 78  |
| Tabelul 5 – Încărcarea factorială a componentelor .....   | 79  |
| Tabelul 6 – Relația iluziilor pozitive cu factorii sănătate mentală.....  | 80  |
| Tabelul 7 – Comparații între cei care manifestă și cei care nu manifestă iluzii pozitive .....  | 80  |
| Tabelul 8 – Mediile și abaterile standard ale variabilelor analizate în funcție de nivelele iluziei pozitive.....                                       | 82  |
| Tabelul 9 – Relația iluziilor pozitive cu atitudini disfuncționale și convingeri iraționale.....  | 85  |
| Tabelul 10 – Relația iluziilor pozitive cu dimensiunea resurse pozitive .....   | 88  |
| Tabelul 11 – Varianța dimensiunilor de resurse pozitive în funcție de imagine de sine și optimism iluzoriu .....  | 90  |
| Tabelul 12 – Analiza comparativă - varianța satisfacției și perspectivei asupra vieții în funcție de nivelele imagine de sine și optimism iluzoriu..... | 91  |
| Tabelul 13 – Analiza comparativă - varianța strategiilor de coping în funcție de nivelele imagine de sine și optimism iluzoriu.....                     | 93  |
| Tabelul 14 – Predicția stimei de sine a satisfacției cu viața și a sentimentului de îndeplinire și autorealizare .....                                  | 97  |
| Tabelul 15 – Caracteristici demografice ale lotului.....  | 108 |
| Tabelul 16 – Mediile și abaterile standard ale iluziilor pozitive la grupele studiate.....  | 111 |
| Tabelul 17 – Frecvența diferitelor intervale de iluzii pozitive la grupele SMR și SMI .....   | 112 |
| Tabelul 18 – Varianța dimensiunilor de adaptare cognitivă la grupele experimentale.....   | 115 |
| Tabelul 19 – Analiza comparativă varianța strategiilor de coping la grupele analizate.....  | 117 |
| Tabelul 20 – Relația iluziilor pozitive cu dimensiuni ale adaptării psihice la grupele analizate.....   | 119 |

|   |     |
|---|-----|
| Tabelul 21 – Valori Beta standardizate. Predicția iluziilor pozitive de factori<br>sănătate mentală .....   | 121 |
| Tabelul 22 – Comparații între grupe în privința performanței cognitive la<br>condiții experimentale.....  | 139 |
| Tabelul 23 – Comparații între grupe în privința performanței cognitive la<br>proba lexicală.....  | 139 |
| Tabelul 24 – Medii și abateri standard ale performanței cognitive ale<br>grupelor experimentale .....   | 141 |
| Tabelul 25 – Mediile și abaterile standard ale indicatorilor fiziologici.....   | 156 |
| Tabelul 26 – Analiza comparativă: varianța indicatorilor electrofiziologici în<br>diferite condiții de stres în funcție de nivelul iluziilor pozitive.....    | 157 |
| Tabelul 27 – Analiza comparativă: varianța indicatorilor electrofiziologici în<br>diferite condiții de stres la grupe formate pe baza evaluării clinice ..... | 159 |
| Tabelul 28 – Încărcările factoriale ale componentelor în factor .....   | 161 |
| Tabelul 29 – Valori Beta standardizate. Efectul predictiv al iluziilor pozitive<br>asupra indicatorilor fiziologici la grupele experimentale.....             | 162 |



## LISTA FIGURILOR

|   |     |
|---|-----|
| Graficul 1 – Frecvența (în procente) diferitelor intervale de iluzii pozitive .....   | 74  |
| Graficul 2- Distribuția iluziilor pozitive .....  | 75  |
| Graficul 3 – Variația dimensiunilor de adaptare psihică în funcție de nivele<br>iluzii pozitive.....  | 81  |
| Graficul 4 – Variația iluziilor pozitive în funcție de dimensiunii ale adaptării<br>cognitive.....  | 86  |
| Graficul 5 – Variația componentelor resurse pozitive în funcție de nivele<br>iluzii pozitive.....   | 89  |
| Graficul 6 – Variația strategiilor de coping în funcție de nivelele iluziei<br>pozitive .....   | 94  |
| Graficul 7- Reprezentarea grafică a norului de puncte.Predicția distresului. ....   | 95  |
| Figura 2 – Factori care contribuie la satisfacția cu viața și la sentimentul de<br>îndeplinire și autorealizare. Rolul iluziilor pozitive în model..... | 98  |
| Figura 3 – Predicția alegerii strategiilor de coping.....   | 100 |
| Figura 4 – Criterii de repartizare a grupelor de sănătate mentală .....   | 109 |
| Graficul 8 – Frecvența (exprimată în procente) a diferitelor intervale de iluzii<br>pozitive la grupele experimentale.....                              | 112 |
| Graficul 9 – Dimensiuni ale adaptării la grupele experimentale .....  | 114 |
| Graficul 10 – Vulnerabilitatea cognitivă la grupele experimentale în funcție<br>de nivelul iluziei pozitive.....  | 115 |
| Graficul 11 – Variația dimensiunilor de adaptare cognitivă la grupele<br>analizate.....   | 116 |
| Figura 5 – Rolul variabilelor în model .....  | 123 |
| Figura 6 – Analiza de cale Factori care influențează nivelul de distres și<br>alegerea strategiilor de coping la grupa sănătate mentală reală.....      | 123 |
| Figura 7 – Analiza de cale. Factori care influențează alegerea strategiilor de<br>coping și nivelul de distres la grupa sănătate mentală iluzorie ..... | 124 |
| Figura 8 – Analiza de cale. Factori care influențează alegerea strategiilor de<br>coping la grupa distres manifest.....                                 | 126 |
| Figura 9 – Analiza de cale. Factori care influențează alegerea strategiilor de<br>coping la grupa care trece momentan printr-o criză emoțională .....   | 127 |
| Figura 10 – Rolul schemelor cognitive și al iluziilor pozitive în sănătatea<br>mentală iluzorie.....  | 130 |
| Graficul 12 – Performanța cognitivă în diferite sarcini la proba lexicală în<br>funcție de nivele iluzii pozitive .....                                 | 140 |

|   |     |
|---|-----|
| Graficul 13 - Performanța grupelor experimentale la sarcina pictorială (A) și sarcina lexicală (B) .....  | 142 |
| Graficul 14 - Performanța cognitivă (TR) a grupelor la sarcina pictorială .....   | 142 |
| Figura 11 - Factorii care influențează performanța în proba lexicală la grupa SMR .....   | 143 |
| Figura 12 - Factorii care influențează performanța în proba lexicală la grupa SMI.....  | 144 |
| Figura 13 - Factorii care influențează performanța în proba lexicală la grupa DM.....   | 145 |
| Figura 14 - Factorii care influențează performanța în proba lexicală la grupa InC.....  | 145 |
| Graficul 15 - Varianța indicatorilor electrofiziologici în funcție de nivelul iluziilor pozitive.....   | 158 |
| Graficul 16 - Reactivitatea cardiovasculară (index RPP) în timpul diverselor sarcini la subiecți din grupa SMI .....  | 159 |
| Graficul 17 - Modificări la nivelul răspunsului electrodermal (A) și al frecvenței cardiace (B) în timpul diverselor sarcini la grupele experimentale.....        | 160 |
| Graficul 18 - Varianța indicatorului RPP în funcție de nivelele iluziei pozitive la grupele experimentale.....  | 160 |
| Graficul 19 - Varianța FC (A) și R-ED (B) în funcție de nivelele iluziilor pozitive la grupele experimentale.....   | 161 |
| Figura 15 - Predicția reactivității fiziologice la stres per ansamblul lotului.....   | 164 |
| Figura 16 - Analiza de cale. Factori care influențează RFS în situație de stres controlat la grupa cu sănătate mentală reală. ....                                | 165 |
| Figura 17 - Factori care influențează RFS în situație de stres controlat la grupa cu sănătate mentală iluzorie.....   | 166 |
| Figura 18 - Factori care influențează RFS în situație de stres controlat la grupa care trece printr-o criză emoțională temporară.....                             | 167 |
| Figura 19 - Factori care influențează RFS în situație de stres controlat la grupa cu distress manifest.....   | 168 |
| Figura 20 - O rezoluție între perspectiva tradițională „Apărare” și cea contemporană „Adaptare” referitor la relația iluziilor pozitive cu sănătatea mentală..... | 176 |
| Figura 21 - Profile de răspuns. Consecințele iluziilor pozitive în diferite condiții.....   | 180 |
| Figura 22 -Diferențe între iluzii pozitive funcționale și cele disfuncționale evidențiate de rezultatele obținute în cadrul studiilor 2, 3 și 4. ....             | 181 |

## LISTA CU ABREVIERI UTILIZATE PE PARCURSUL LUCRĂRII

|            |   |
|------------|---|
| ABS-II     | Scala de atitudini și convingeri  |
| AMOS       | Soft modelare de ecuații structurale (auxiliar SPSS)  |
| Aritm      | Proba aritmetică Raven  |
| ATQ        | Autoamatic Questionary Scale (Scala de gânduri automate)                                      |
| BDI        | Beck Depression Inventory   |
| BIDR       | Balanced Inventory of Desirable Responding (Scala de autoamăgire și managementul impresiilor) |
| CFI        | Comparative Fit Index (indicator fitness al modelului, analiza de cale)                       |
| CI         | Control iluzoriu  |
| CMIN/df    | degree of freedom (indicator în analiza de cale)  |
| Cope-disf. | Strategii de coping disfuncționale  |
| Cope-emot. | Strategii de coping centrate pe emoții  |
| Cope-activ | Strategii de coping centrate pe găsirea unor soluții  |
| DAS        | Disfuncțional Attitude Scale (Scala de atitudini disfuncționale)                              |
| Dif. Med.  | diferențe între medii   |
| DIS        | Factor distres  |
| Dis.pub    | Proba discurs în fața unui public   |
| DM         | Grupa cu distres manifest   |
| EPQ-N      | Scala de neuroticism a lui Eysenck;   |
| Et al.     | ...și asociații   |
| FC         | Frecvența cardiacă  |
| IM         | Impression management (managementul impresiilor);   |
| InC        | Grupa care momentan trece printr-o criză emoțională   |
| IP         | Iluzii pozitive   |
| IPG        | Iluzii pozitive generale  |
| ISI        | Imagine sine iluzorie   |
| KMO        | Kaiser-Meyer-Olkin (indicator de corespundere al eșantionului în analiza factorială)          |
| LOT        | Life Orientation test, (Scala de optimism)  |
| M          | media;  |
| NFI        | Normated Fit Index (index de potrivire normală, indicator în modelul analiza de cale)         |
| Num. inv.  | Proba numărare inversă  |
| OI         | Optimism iluzoriu   |
| OR         | Odds Ratio (coeficient de probabilitate)  |
| Pag.       | pagina  |
| POMS       | Profile of Mood Scale Scala de dispoziții emoționale;   |
| R-ED       | Răspunsul electrodermal   |
| RFS        | Reactivitate fiziologică în condiție de stres   |
| RMSEA      | Root Mean Square Error for Approximation (coeficient de eroare în analiza de cale)            |
| RP         | Factor Resurse pozitive   |
| RPP        | Rate Pressure Product (Index de reactivitate cardiovasculară)                                 |

|      |  |
|------|--|
| RSS  | Rosenberg Self esteem Scale (Scala de stimă de sine Rosenberg)                         |
| SD   | Standard deviation (abaterea standard)   |
| SDS  | Self deceptive strategies (Subscala strategii de autoamăgire)                          |
| SDS  | Self deceptive strategie (Strategii de autoamăgire)                                    |
| SE   | Standar Error (eroarea standard)   |
| SMI  | Grupa cu sănătate mentală iluzorie   |
| SMR  | Grupa sănătate mentală reală   |
| STAI | Spielberger Anxiety Inventory (Scala de Anxietate Spielberger)                         |
| SWB  | Social Well Being (Starea de bine socială)   |
| SWLS | Satisfaction with Life Scale (Scala de satisfacție cu viața)                           |
| TR   | timp de reacție  |
| TsD  | Tensiunea diastolică   |
| TsS  | Tensiunea sistolică  |
| VC   | Factor vulnerabilitate cognitivă (dimensiunea de adaptare cognitivă, scheme cognitive) |
| VIF  | Variance Inflation Factor (indicator multicollinearitate)                              |
| WHO  | World Health Organisation (Organizația Mondială a Sănătății)                           |

## MULȚUMIRI

Mulțumesc domnului prof. univ. dr. Szamosközi István, conducătorul științific al lucrării, pentru îndrumarea activității mele științifice precum și pentru suportul acordat și crearea condițiilor necesare efectuării studiilor. Mulțumesc domnului prof. univ. dr. Daniel David, pentru sugestiile valoroase ce au contribuit la conturarea și finalizarea acestei cărți. Doresc să aduc mulțumiri doamnei prof. univ. dr. Maria Roth care m-a susținut pe tot parcursul elaborării acestei lucrări. Mulțumiri Alinei Berciu, Presa Universitară Clujeană și Ralucăi Trifu, de la Biblioteca Centrală Universitară pentru corecturile gramaticale și lingvistice.

Și, nu în ultimul rând, vreau să mulțumesc familiei mele, în special soțului meu Csongor pentru suportul și înțelegerea acordate pe parcursul scrierii lucrării și fiului meu Trisztán pentru că mi-a dat motivația și energia necesară ducerii ei la final.



## CONSIDERAȚII INTRODUCTIVE

În prezent, psihologia a depășit simpla nevoie de a explora „suferințele sufletului”. Este clar că oamenii de azi își doresc mai mult decât alinarea propriilor suferințe sau simpla corectare a slăbiciunilor lor. Aceștia își doresc să fie speciali, să aibă o sănătate mentală optimă, bunăstare și o viață de calitate, trăită cu sens și integritate.

În cadrul primului Congres Mondial de Psihologie Pozitivă de la Philadelphia (2009), James Pawelski<sup>1</sup>, a propus introducerea unei noi discipline în psihologie denumit *happyology* - definită ca știința dezvoltării capacităților pozitive, iar Karen Reivich<sup>2</sup> în calitate de gazdă a congresului a venit cu o inițiativa îndrăzneță: optimismul, ca și principiu de viață, să fie introdus în curricula educațională. În prezent, acesta este parte a unor programe educaționale din SUA, Marea Britanie și Australia. Inițiativele propuse au fost susținute de personalități ca Martin Seligman, Ed Diener, Shelley Taylor, Mihály Csikszentmihalyi, Sonja Lyubomirsky, Albert Bandura, sau Charles Carver. „O atitudine și o gândire pozitivă atrag după sine tot felul de alte efecte benefice: o sănătate mai bună, relații statornice și performanțe profesionale. Cei mai mulți nici nu știu măcar că e bine să fii fericit – nu doar pentru starea ta de confort pe care o resimți, ci și pentru că organismul nostru funcționează mult mai bine într-o asemenea stare de spirit” – argumenta Ed Diener.

În acest context, ca și subiect al studiului nostru am ales controversatele *iluzii pozitive*, acestea reprezentând un segment individualizat din marele „tort” al gândirii pozitive. Iluziile pozitive au fost studiate în special în contextul psihologiei social-cognitive, mai degrabă ca o curiozitate cognitivă.

Abordarea științifică a iluziilor pozitive ca strategii de auto-îmbunătățire nu este însă lipsită de dificultăți, presupunând disponibilitatea de a efectua investigații pe un teren labil. Iluziile pozitive, similare conceptelor de tipul „fericire”, sau „sensul vieții”, delimitează un concept subiectiv și multidimensional, un subiect de care cercetătorul se apropie mai degrabă cu prudență, adesea cu teama de a nu fi etichetat ca fiind neștiințific și naiv.

Actuala platforma informațională relevă un adevărat haos privind tot ceea ce înseamnă „a fi pozitiv”. Mișcarea „gândirii pozitive”, independentă de curentul psihologiei pozitive, a devenit o adevărată modă, principiu de viață, care promite calea spre vindecare, putere, bogăție fericire, atingând un punct sensibil pentru omul secolului XXI acela de a atinge scopurile ușor prin forțe proprii și a avea control asupra propriei vieți. Rafturile librăriilor au fost invadate de cărți care vehiculează sintagma „gândire pozitivă” cu diferite titluri, dar cu același mesaj esențial: „Gândește pozitiv, dacă vrei să fii fericit”. Nu exagerăm dacă spunem că societatea modernă de azi trăiește o „teroare” și o „obsesie” a gândirii pozitive.

Mediatizarea, cărțile editate la kilogram, argumentatele insuficiente, mistificarea temei au dus inclusiv la demonetizarea subiectului. Conceptul s-a consumat și a apărut inevitabila reacție contra. Scepticii, pesimiștii și realiștii au reacționat rațional la atâta

---

<sup>1</sup> Director al Centrului de Educație și Psihologie Pozitivă, University of Pennsylvania, fondator al Asociației Internaționale de Psihologie Pozitivă (IPPA)

<sup>2</sup> Vicepreședinte al Centrului de Educație Psihologie Pozitivă, University of Pennsylvania



optimism și bună dispoziție. Sub pretextul salvării valorilor „rațiunii”, subiectul este deseori privit în mod ironic ca un mod naiv de abordare a realității sau, mai rău, ca o fugă de realitate a celor cu personalitate slabă. O parte din comunitatea științifică, luată pe nepregătite, a reacționat defensiv afișând un scepticism superior, refugiindu-se în turnul de fildeș al științei, însă fără să ofere argumente satisfăcătoare. Însă, în pofida rezistenței, „a gândi sau nu pozitiv” rămâne un subiect actual care stârnește interes. *Să zâmbesc atunci când îmi vine să plâng? E bine să văd jumătatea plină sau cea goală a paharului? Dacă reușesc să șterg gândurile negative se vor șterge și emoțiile negative? Dacă adopt o atitudine pozitivă, alții mă vor iubi mai mult? Dacă atitudinea pozitivă este benefică când și în ce împrejurări?* Evident, problemele nu se rezolvă totdeauna doar prin adoptarea unei atitudini pozitive. Studiile indică însă faptul că fericirea devine mai palpabilă, și momentele de cumpăna mai ușor de depășit dacă adoptăm o atitudine optimistă.

Indivizii care au înțeles mesajul învățămintelor pozitiviste – de altfel valoroase și profunde – în mod sigur au avut multiple beneficii, însă omul societății de azi, derutat, poate ușor să se rătăcească urmărind fermecat acest miraj, cu speranța că va găsi elixirul promis. Apreciem că există o categorie de oameni care că nu beneficiază de adoptarea unei atitudini pozitive, ci dimpotrivă. Sunt care adoptă un stil pozitiv, o imagine de sine puternică, un optimism de neînvins, cu scopul — conștient sau inconștient — de a camufla vulnerabilitatea, instabilitatea, insecuritatea, pentru a fi acceptați, iubiți, plăcuți de alții. Tipul acesta de atitudine pozitivă are un efect pe cât de perfid, pe atât de bine ancorat în societatea modernă. Se pune astfel problema dacă menționatele beneficii ale iluziilor pozitive sunt într-adevăr o condiție a sănătății mentale sau ele reflectă doar tendința generală de camuflare a vulnerabilității eu-lui.

## PROBLEMATICA ȘI OBIECTIVELE LUCRĂRII

Problematika centrală a lucrării este organizată în jurul contradicțiilor apărute referitor la rolul iluziilor pozitive la nivelul sănătății mentale. Argumentele aduse beneficiilor multiple ale iluziilor pozitive, deși foarte persuasive, reprezintă un subiect controversat și în literatura științifică. S-au clarificat două perspective simultane contradictorii: una care susține că iluziile pozitive sunt o condiție a sănătății mentale, iar cealaltă care susține că iluziile sunt simptomele vulnerabilității interioare și servesc reprimarea emoțiilor negative. Presupunem că o posibilă cauză a contradicțiilor apărute este neglijarea motivelor din fundalul acestora.

În acest context, obiectivul general al lucrării urmărește clarificarea rolului iluziilor pozitive la nivelul sănătății mentale. Apreciem că studiul iluziilor pozitive este necesară datorită asocierii acestora cu elemente esențiale ale sănătății mentale precum: fericirea, creativitatea, productivitatea, succesul profesional, relaționarea interpersonală armonică, mecanismele de coping, stima de sine. Credem că ele reprezintă o resursă cu un potențial bogat ceea ce privește creșterea rezistenței la stres și optimizarea sănătății mentale. Pe baza rezultatelor cercetării propunem elaborarea unui model integrativ care va putea încorpora aspectele contradictorii, stabilite între teoriile tradiționale și cele contemporane privind rolul iluziilor pozitive în sănătatea mentală.

## STRUCTURA LUCRĂRII

Sinteza în cadrul acestor capitole a fost organizată tematic, dar și în ordinea dezvoltării cercetărilor relevante, juxtapunerea paragrafelor construind cadrul teoretic într-o manieră care a permis contraste sau apropieri teoretice ori empirice. Sinteza pe care am realizat-o asigură o platformă de ancorare a capitolelor experimentale, cu tendințe centrifuge – focalizate asupra unor aspecte contradictorii ale relației dintre iluzii pozitive și sănătate mentală. Această organizare tratează iluziile pozitive în contextul unui mediu interdisciplinar oferind un cadru în care ulterior se pot integra perspectivele contradictorii referitoare la rolul biasărilor pozitive în sănătatea mentală. În cadrul Capitolului I prezentăm dezvoltarea cercetărilor din domeniul clinic și al psihologiei sănătății legate de relația iluziilor pozitive cu sănătatea mentală. În Capitolul 2 reliefăm contradicțiile apărute între perspectiva de apărare versus adaptare. Studiul 1 explorează relația iluziilor pozitive cu dimensiunile adaptării psihice prin introducerea unor mărimi prin care dorim realizarea unei apropieri de criteriile sănătății mentale stabilite atât de perspectiva tradițională, cât și de cea contemporană. În Studiul 2, cele două perspective contradictorii sunt confruntate prin abordarea fenomenului de sănătatea mentală iluzorie. În cadrul acestui studiu este testată ipoteza potrivit căreia: iluziile pozitive sunt caracteristice celor cu o stimă de sine fragilă sau celor cu o stimă de sine stabilă. Studiul 3 se urmărește observarea asocierii iluziilor pozitive cu anxietatea camuflată. În cadrul acestui studiu verificăm dacă iluziile pozitive se asociază cu anxietate camuflată sau supresia emoțiilor se asociază cu distres latent. În Studiul 4 transpunem dezbateră pe plan fiziologic. Vom testa dacă iluziile pozitive au costuri fiziologice sau sănătatea mentală iluzorie are costuri fiziologice. Discuția generală este focalizată asupra deosebirii dintre iluziile pozitive funcționale și cele disfuncționale, respectiv asupra integrării celor două perspective contradictorii. În majoritatea studiilor au participat tineri adulți.

Menționez că studiile au fost efectuate între 2006 și 2008 și reprezintă literatura reprezintă nivelul cercetării disponibile până în anul 2008.

Acest subiect îl vom aborda mai detaliat în următorul capitol destinat studiului realismului depresiv, fiind un domeniu de cercetare cu relevanță pentru obiectivele noastre de studiu.

Un simptom major în PSD este inundarea în mod recursiv și involuntar a creierul cu imaginile traumei, cu scenele ei și cu posibile alte traume, ceea ce ulterior duce la dezintegrarea psihică, pierderea echilibrului emoțional. „La unele victime iluzia invulnerabilității le este adeseori complet ștearsă, acoperită de disperare, depresie și dez-nădăjduire. La acești pacienți procesul terapeutic devine foarte dificil adeseori rezultând un eșec pentru că ei nu mai pot crede în bine și renunță. În schimb cei care reușesc să treacă de trauma victimizării și folosesc mecanisme de coping adecvate sunt aceia care reușesc totodată să-și restabilească percepțiile pozitive despre sine, despre alții și despre lume, recunoscând în același timp și limitările, hotarele acestor credințe” (pag.,164). Janoff-Bulman (1989) spune că subestimarea vulnerabilității la evenimente negative ce ni se pot întâmpla este un har, un mecanism adaptativ, care facilitează interacțiunile efective cu mediul înconjurător astfel încât aceste credințe iluzorii se stabilesc și se întăresc în realitatea noastră cognitivă.

În cadrul unei concepții similare, Baumeister (1989) propune „limita optimă a iluziilor pozitive”, spunând că îndepărtarea de această limită, în ambele direcții, conduce la dificultăți de adaptare. Baumeister a examinat operații militare eșuate, care după opinia lui se datorau comandanților care au dat ordinul de executare și nu au reușit să analizeze în mod obiectiv lanțul de acțiune, sau nu au considerat important să controleze planul odată pus în practică. Baumeister (1989) concluzionează că „sănătatea, adaptarea, fericirea și performanța optimă au rădăcinile în supraestimarea ușoară a sinelui”. Potrivit lui Taylor, iluziile pozitive funcționale, se delimitează de iluzii patologice, cum ar fi halucinațiile sau grandomania, nu numai prin cantitatea lor dar și prin flexibilitatea lor. În timp ce delirul, halucinațiile sau maniile sunt credințe false, ce persistă în pofida faptelor, iluziile pozitive, dacă intră în contradicție cu realitatea, se modifică și se adaptează și continuă să contribuie la menținerea unei imagini de sine pozitive.

#### **1.4. DEZVOLTAREA CERCETĂRILOR REFERITOARE LA RELAȚIA ILUZIILOR POZITIVE CU DIMENSIUNI ALE ADAPTĂRII PSIHICE**

Cercetările de azi urmează o pantă ascendentă în demonstrarea, chiar și celor mai sceptici critici, faptului că resursele pozitive, cum ar fi autonomia, optimismul, stima de sine, stabilesc o legătură cu imunitatea (Szondy, 2005, Taylor et al., 2008) și par să mențină reactivitatea fiziologică în condiții de stres la un nivel optim (Scheier, Carver, 2001). Cu alte cuvinte, se presupune că este destul să „credem” și să fim „convinși” că suntem buni, competenți și în viitor vom avea o viață mai bună pentru ca să beneficiem în urma acestor resurse (Taylor et al., 2000, Taylor et al., 2003, Taylor et al., 2008).

Evaluarea de sine pozitivă, optimismul, controlul au fost unele dintre cele mai importante resurse pozitive psihice identificate și stabilite ca fiind asociate cu starea de bine și sănătatea mentală (Seligman, 1998, Rotter, 1966) dar și sănătatea fizică și imunitatea (Segestrom, 2000, 2003, 2005) fapt ce se confirmă și prin cercetări recente. Cercetările asupra stresului și efectele acestuia asupra sănătății, au concluzionat cu mult timp în urmă că oamenii înzestrați cu resurse psihice cum ar fi încrederea în sine,

eficacitatea personală sau optimismul, se adaptează mai ușor în situații stresante atât la nivel psihic cât și la nivel fiziologic. De pildă, auto-eficacitatea, ca un construct similar cu controlul, a fost identificat ca fiind un factor de protecție împotriva unor boli de tulburare afectivă ca depresia sau anxietatea (Faure & Loxton, 2003; Kashdan & Roberts, 2004; Shnek, Irvine, Stewart, & Abbey, 2001), și a fost asociată cu recuperarea mai ușoară și mai rapidă din boli acute și cronice (Bisschop, Knegsman, Beekman, & Deeg, 2004; Kuijer & de Ridder, 2003). Optimismul de asemenea, a fost identificat ca un factor predictiv esențial al fericirii și stării de bine subiective (de exemplu, Chang & Sanna, 2001; Diener, Oishi, & Lucas, 2003; Makikangas & Kinnunen, 2003). Optimismul a fost negativ asociat cu simptomatologia depresivă (Vickers & Vogeltanz, 2000) și cu condiția diverselor afecțiuni cronice, cum ar fi bolile cardiovasculare (Shnek et al., 2001). Alte cercetări au găsit asociere atât directă cât și indirectă (mediată prin stima de sine și afectivitate pozitivă) între optimism și sănătate fizică (Chang & Sanna, 2001). Optimiștii par să utilizeze strategii de coping și modalități de reglementare emoțională mai eficiente (Taylor & Armor, 1996; Taylor & Stanton, 2007).

Ideea conform căreia autopercepția, optimismul și controlul deviat pozitiv ar fi elemente importante ale sănătății mentale, a fost sprijinită în special de cercetările sociale și cognitive, apărând inițial în lucrările lui Fiske & Taylor (2008), Lazarus & Folkman (1984), Pearlin & Schooler (1978); Taylor, & Sherman, 2008; Taylor, & Stanton, 2007; Taylor (2005) care sunt de părere că pentru a deține sănătate mentală nu este destul să fi încrezător, eficient și optimist, ci *trebuie să fi iluzoric de încrezător, eficient și optimist*. Spus cu alte cuvinte, e destul să credem că suntem mai buni decât media, că deținem control și viitorul ne surâde, pentru a menține sănătatea mentală.

#### 1.4.1. Iluziile pozitive ca resurse psihice în protecția sănătății

Rolul benefic al biasărilor pozitive sociale în sănătatea mentală a fost introdus și elaborat de Shelly Taylor și asociații ei (1988–2010). Ei au studiat ani în șir cum anume se adaptează oamenii la evenimente amenințătoare cum ar fi de exemplu boala cronică, ajungând la concluzia că efectul benefic al iluziilor pozitive poate fi remarcat în special în condiții dificile de viață, atunci când ei îndeplinesc rolul unor amortizoare care protejează stima și imaginea de sine contribuind astfel la înfrângerea și depășirea situației (Taylor & Sherman, 2008; Taylor & Stanton, 2007). Ei susțin că credințele caracterizate de autoîmbunătățire înzestreză oamenii cu încredere, sentiment de eficacitate și optimism suplimentar care îi ajută să depășească mai ușor perioadele dificile de viață (Taylor et al., 2003b)<sup>8</sup>.

Aspectul cel mai profund analizat de către acești autori a fost efectul iluziilor pozitive în înfruntarea și înfrângerea bolilor cronice și terminale, cum ar fi bolile cardiovasculare, cancerul sau SIDA. De fapt, munca cu paciente bolnave de cancer de sân a fost ceea ce l-a determinat pe Taylor et al. (1983) să-și îndrepte atenția spre studierea percepțiilor pozitiv deviate. Taylor et al. (1983) studiind copingul cu cancer, anticipau că bolnavii vor fi copleșiți de conștientizarea posibilității morții. Însă datele lor au pus

---

<sup>8</sup> Surse potențiale majore de rezistență sau vulnerabilitate la stres rezidă în sistemul de convingeri al persoanei. Iluziile pozitive reprezintă convingeri profunde, inconștiente, automate ale persoanei. Se definesc factorii de protecție la stres acele variabile (individuale, interpersonale, de mediu) care au capacitatea de a conduce la o adaptare pozitivă în pofida circumstanțelor amenințătoare și nefavorabile.

în evidență un efect paradoxal. Iată câteva remarci ale lor: femeile cu un sân amputat le compătimeau pe cele care și-au pierdut amândoi sânii; considerând că ele sunt norocoase în comparație cu acestea din urmă; cele cu ambii sânii ampuțați, dar mai în vârstă, spuneau că ele sunt norocoase în comparație cu femeile aflate în aceeași situație, dar mult mai tinere care nu au apucat să-și trăiască viața cu un corp integru; iar cele din această ultimă categorie, dar căsătorite și având copii, spuneau că în comparația cu femeile tinere, fără sânii, care n-au apucat să se mărite și să nască un copil ele sunt norocoase (Taylor et al., 1983). Oamenii bolnavi de cancer adeseori trăiesc experiența de a găsi sensuri în viață (post traumatic growth, PTG) ca urmare a bolii, dar astfel de rapoarte deseori au valabilitate incertă.

Evenimentele percepute ca fiind amenințătoare sunt tocmai acelea care sunt greu ori imposibil de controlat, așadar percepția controlului sau a optimismului poate fi critic în asemenea situații. Una din constatările generale ale studiilor realizate cu bolnavi de cancer și SIDA a fost că acei bolnavi, care în ciuda suferințelor și traumelor suferite în urma bolii reușesc să-și păstreze convingerile pozitive asupra imaginii de sine, a controlului și a viitorului erau convinși că pot controla evoluția bolii prin tratamente, schimbarea atitudinii față de boală sau alte comportamente și credeau că tratamentele vor avea succes (chiar și dacă nefondate din punct de vedere medical), se confruntă mai ușor cu boala, și doar ei se însănătoșesc în măsură mai crescută în comparație cu persoanele mai realiste (de exemplu Taylor & Armor, 1996, Reed, Kemeny, Taylor, Wang, & Visscher, 1994; Reed, Kemeny, Taylor, & Visscher, 1999).

O altă constatare generală a acestor studii a fost că aceia care dețin iluzii pozitive folosesc mecanisme de coping mai eficiente și mai constructive în înfruntarea bolii (Bedi & Brown, 2005) și dispun de afectivitate mai pozitivă decât persoanele care percep boala în mod mai rațional. În loc să se retragă sau să găsească refugiu în comportamente autodestructive, apelează la suportul altora, cer ajutor, urmează tratamentul, caută soluții și căi alternative de vindecare, iar astfel ei au șanse mai multe de însănătoșire și ameliorare (Taylor & Armor, 1996).

Un alt studiu realizat la bolnavi infectați cu virusul HIV a evidențiat că acei bolnavi care nutreau convingeri iraționale pozitive referitoare la efectele benefice ale tratamentului au trăit în medie cu 9 luni mai mult decât cei care au fost mai puțin optimiști cu privire la eficiența tratamentelor aplicate, și-au acceptat soarta și faptul inevitabil că vor muri. Bolnavii asimptomatici (infectați de virus, dar fără simptomatologie vizibilă) care dețineau iluzia invulnerabilității că ei vor face excepție de la izbucnirea bolii au manifestat simptome mai puține decât cei care erau mai realiști în privința bolii (Taylor et al., 2003). Pacienții care credeau că au șanse de vindecare, că dețin evoluția bolii sub control, se angajau în mai multe comportamente constructive (respectarea schemei terapeutice, schimbarea stilului de viață etc.), raportau mai puține simptome și în medie trăiau mai mult decât colegii lor mai realiști în privința evoluției bolii. Rezultate similare au fost puse în evidență și în cazul pacienților cu boli cardiovasculare (Helgeson & Taylor, 1993).

O serie de cercetări demonstrează că cei care dispun de aceste resurse psihice mai degrabă adoptă strategii de coping constructive în comparație cu cei care au o perspectivă sumbră asupra realității (Taylor & Armor, 1996; Taylor, & Stanton, 2007,) și care reduc la minimum impactul advers al stresului la nivelul fiziologic și neuroendocrin (Taylor, & Sherman, 2008, Taylor, Burklund, Eisenberger, Lehman, Hilmert, & Liberman, 2008).

Taylor, Kemeny, Aspinwall, Schneider, Rodriguez, & Herbert (1992) au observat că acei bărbați infectați de virusul HIV care au dispus de optimism iluzoriu („se vor face bine în urma tratamentelor”) au continuat tratamentele și au adoptat un stil de viață mai sănătos decât colegii lor mai realiști. Oamenii optimiști și încrezători în propriile forțe atrag alți oameni și dezvoltă relații interpersonale mai bune și astfel, atunci când ei trec printr-un impas primesc mai mult suport din partea prietenilor și celor dragi.

Taylor et al. (2000/2003/2008) consideră că iluziile pozitive asociate cu starea emoțională pozitivă contribuie la sănătate (păstrarea echilibrului psihic și fizic în perioade stresante) prin menținerea reacțiilor neurobiologice ale stresului la un nivel normal, acesta manifestându-se în activarea mai scăzută la nivelul sistemului neuronal parasimpatic respectiv la nivelul de axei HPA (hypothalamic-pituitary-adenocortical) (Taylor& Sherman, 2008; Taylor& Stanton, 2007; Brown, 2010).

La întrebarea „*ce anume transformă convingerile pozitive în beneficii biologice*”, Taylor a argumentat că percepția distorsionată în mod pozitiv a propriilor calități, convingerea de a fi în control și percepția pozitivă a viitorului că lucrurile se vor ameliora (chiar și dacă acestea se dovedesc a fi iluzii), în cele mai multe instanțe, înzestresc oamenii cu puterea de a depăși mai ușor perioadele dificile de viață (Taylor & Stanton, 2007; Taylor & Sherman, 2008). Taylor et al. (2003) presupun că reacțiile fiziologice sunt mediate de iluzii pozitive prin trei căi: (1) Prin emoții pozitive și buna dispoziție în general, (2) Prin promovarea unor comportamente care protejează sănătatea; (3) Prin dezvoltarea și cultivarea relațiilor interpersonale armonice.

Segerstrom, Taylor, Kemeny & Fahey (1998) au arătat că legătura optimism iluzoriu – celule CD4 (helper T) a fost mediată de prezența emoțiilor pozitive. În schimb, stările afective negative cum ar fi ostilitatea sau furia au fost asociate cu dereglări la nivel cardiovascular. Dacă credințele caracterizate de autoîmbunătățire mențin afectivitatea negativă la nivel scăzut sau în mod contrar dacă credințele caracterizate de autoîmbunătățire amortizează (înlătură) anxietatea sau depresia (sau alte emoții negative) atunci aceste emoții reprezintă canalul prin care întărirea imaginii de sine poate influența sistemul biologic.

Bonanno, Field, Kovacevic & Kaltman (2002) au studiat iluziile pozitive și efectul acestora în recâștigarea echilibrului psihic după războiul din Bosnia-Hertegovina ajungând la concluzia că resursele psihice și credințele caracterizate de autoîntărire contribuie la înfrângerea mai ușoară a traumelor psihice ca urmare a abuzului sau a evenimentelor catastrofice și la restabilirea echilibrului.

În capitolul în care am tratat limita optimă a iluziilor pozitive, am putut vedea că percepția de sine rezultată în urma evenimentelor traumatizante (război, inundații, cutremur, accidente) sau ale abuzului (fizic, psihic, sexual) poate deveni adeseori ștearsă, victimele putând pierde temporar sau pentru totdeauna iluzia invulnerabilității (Janoff- Bulman & Frieze, 1983). Janoff Bulman (1989) susține că subestimarea vulnerabilității la evenimente negative ce ni se pot întâmpla este un har, un mecanism adaptativ. Deși majoritatea datelor empirice indică asocierea iluziilor pozitive cu strategii mai eficiente de coping în bolile cronice și terminale, nu trebuie să uităm că boala însăși este o traumă psihică, iar traumele intense pot șterge iluziile pozitive și modifica autopercepția în sens negativ (Janof-Bulman, 1989). Se pare că, cei care reușesc să treacă de trauma victimizării și folosesc mecanisme de coping adecvate sunt aceia care reușesc totodată să-și păstreze și să-și restabilească percepțiile pozitive despre sine și alții din lume, simultan recunoscând limitările, hotarele acestor credințe (Janoff Bulman, 1989, pag.164).

Câteva studii confirmă faptul că oamenii sunt capabili să suporte situații extreme de stres, dacă nutresc convingerea (chiar și iluzorie) că au control asupra sursei distresului (fie acesta cât de mică). Studiul lui Alloy și Abramson (1979) devenit clasic, demonstrează acest efect. Studenții au fost duși într-un laborator cu scopul testării reacțiilor la șocuri electrice. Un grup a primit o manșă cu un buton și li s-a spus că pot opri curentul când doresc. Celălalt grup nu a primit astfel de instrucțiuni. Ambele grupe au fost expuse aceleiași nivel de curent electric inconfortabil, dar inofensiv. Acel grup care putea să oprească curentul s-a remarcat prin mult mai puțin stres, mai puține simptome de arousal fiziologic și mai puțin disconfort fizic. Acest studiu a fost repetat de în condiții diverse de stres evidențiind aceleași rezultate.

Matute et al. (1994/1995, *apud*. Shedler et al., 1993) au investigat efectul sentimentului de control în timpul expunerii subiectului la zgomote necontrolabile. În situațiile în care subiecților li s-a sugerat că dețin control asupra manipulării nivelului de zgomot deranjant aceștia au raportat semnificativ mai puțină frustrare și neajutorare decât persoanele care nu au avut niciun fel de influență asupra zgomotului.

Așadar, se pare că, în situații de stres și dificultăți, în general, prezența iluziilor pozitive și a gândirii pozitive prin menținerea și generarea emoțiilor pozitive ne îndeamnă la adoptarea unor strategii de coping mai adaptive în înfruntarea problemelor.

#### **1.4.2. Iluzii pozitive ca resurse psihice în optimizarea sănătății mentale**

O altă linie de studii sugerează că iluziile pozitive nu numai protejează dar au și rolul de a îndruma sănătatea mentală spre o stare optimă (Taylor et al. 2000/2003; Taylor & Sherman, 2008; Taylor & Stanton, 2007; Brown, 2010). Datele evidențiază că în mod obișnuit, indiferent de factori moderatori, aproximativ 70–80% dintre cei chestionați semnalează că sunt fericiți de la „moderat fericit” până la „foarte fericit”. Aproximativ 90% din cei care declară că sunt fericiți sunt convinși că sunt mai fericiți decât alții. Desigur din aceste studii corelaționale nu reiese în mod clar dacă credințele caracterizate de autoîmbunătățire induc starea de fericire sau cauzalitatea inversă este mai plauzibilă. De regulă, oamenii care au spus că sunt fericiți, manifestă în mai mare măsură „*efectul deasupra mediei*” (Myers & Diener 1995), sunt convinși că au mai mult control și sunt mai optimiști în legătură cu viitorul (Weinstein & Klein, 1996) pentru o trecere în revistă). Atunci când oamenii sunt într-o bună dispoziție, credințele caracterizate de autoîmbunătățire devin și mai pregnante. Într-un studiu, în care subiecților li s-a indus o stare emoțională pozitivă au formulat o părere mai bună despre ei înșiși decât înaintea inducerii stării pozitive și au devenit mai încrezători în propriile forțe (Wright & Mischel, 1986, *apud*. Fiske & Taylor, 2008). Interesant este că sursa fericirii nici nu trebuie să aibă în mod neapărat legătura cu dimensiunea în care autoîntărirea se manifestă. Cu alte cuvinte, când ni se întâmplă ceva bun, anticipăm că lucruri bune se vor ivi în continuare. De pildă, un bărbat care obține o promovare la serviciu, poate că brusc supraestimează șansele de a câștiga la loto, să rezolve problemele cu soția, ca echipa lui favorită să câștige meciul.

Capacitatea de a avea și întreține relații sociale armonice și grija pentru alți au fost considerate criterii importante ale sănătății mentale. Rezultatele acestor studii arată că oamenii care au o imagine a sinelui distorsionată în mod pozitiv sunt mai mulțumiți cu relațiile lor (Murray, Holmes & Griffin, 1996), sunt mai îndrăgiți, mai populari și mai respectați de către alți, în consecință ei depășesc mai ușor sentimentul de singurătate (Cutrona, Rusel & Rose, 1986) și li se oferă suport social atunci când au nevoie, în



comparație cu persoanele mai realiste în privința autopercepției (Miller Niehuis & Huston, 2004; Murray & Holmes, 1997). Alții susțin că este tocmai invers, spunând că persoanele cu imaginea de sine pozitiv distorsionată se definesc prin calitatea relațiilor lor pozitive (Fowers, Montel, Lyons, & Shaked, 2001). Kardemas (2006) a găsit că optimismul și controlul mediază relația între starea de bine generală și calitatea relațiilor personale.

Faptul că distorsionarea imaginii de sine se leagă de relații interpersonale este certă dar nu este clar dacă imaginea de sine pozitivă determină relații interpersonale sau invers. Cercetările care au adoptat metode adecvate și mai rafinate cu scopul definirii cauzalității, demonstrează că ambele direcții cauzale sunt posibile și ele se definesc și se întăresc reciproc. De pildă, Luo & Snider (2009) au demonstrat că estimarea ușor iluzorie la toți cei trei indici de percepție (sine, control, optimism) legate de trăsăturile partenerului a prezis satisfacția cu relația de cuplu și durata căsniciei. Un alt studiu care a durat 13 ani a examinat efectul pe termen lung al „idealizării partenerului” la cupluri proaspăt căsătorite, studiul având patru etape de evaluare. Idealizarea a fost operaționalizată prin percepția iluzorie a partenerului ca fiind „mai plăcut” în comparație cu anticiparea pe baza rapoartelor lor de comportamente. Idealizarea partenerului în prima fază de evaluare a fost în relație negativă cu divorțul de mai târziu, în relație pozitivă cu durata și calitatea relației. Cuplurile care au manifestat idealizare reciprocă, au declarat că se iubesc, se respectă și sunt mai toleranți unul față de celălalt, în mai mare măsură decât cuplurile care au privit partenerul la modul mai realist (Fowers, et al. 2001).

Probabil, oamenii care dispun de o imagine pozitivă despre sine, cred mai mult în capacitățile proprii, în eficacitatea personală, au așteptări mai pretențioase față de sine, în consecință lucrează mai mult, au rezistență și performanță crescute în comparație cu oamenii cu percepții (convingeri) mai realiste sau mai pesimiste privitoare la propriile capacități. Majoritatea rezultatelor care suportă această presupunere provin din cercetările asupra motivației, a neajutorării învățate și a auto-eficacității realizate la sportivi de performanță sau studenți. Rezultatele acestor studii arată că acei studenți care și-au format o părere pozitivă însă nerealistă asupra propriilor capacități academice au avut note mai mari la examene decât cei care au avut percepții mai corecte (Cannon, 1998). De pildă, acei studenți de la Psihologie care se considerau mai competenți ca viitori psihologi au avut note finale mai bune la aceste materii decât colegii lor cu o percepție mai modestă asupra carierei. Acei studenți care, deși aveau note mai slabe în primul an, însă nu au manifestat îngrijorări față de evoluția lor au reușit în mai mare măsură să-și îmbunătățească performanțele în timp (Wright, 1996). Acei sportivi care au avut percepții iluzorii asupra capacităților atletice, cât și optimism iluzoriu referitor la câștig, au obținut performanțe mai bune și mai mult succes în comparație cu colegii sportivi mai realiști sau pesimiști privind capacitățile proprii (Catina & Iso-Ahola, 2004). Alte studii indică că credințele caracterizate de autoîmbunătățire se află în legătură cu succesul în domeniile în care individul dorește să se realizeze. Mai multe studii au demonstrat că indivizii care abordează sarcini creative sau intelectuale cu o credință fermă în capacitatea lor de a le rezolva și cu o expectanță de succes au performanțe mai bune decât cei ce nu dispun de astfel de atitudini.

Asocierea dintre convingerile de autoîmbunătățire și performanțe, găsită de studii, contrazice într-un fel sau altul credința larg răspândită potrivit căreia indivizii trebuie să-și cunoască adevăratul nivel al capacității pentru a reuși. Evident, supraestimarea robustă a propriilor abilități nu duce la succes, dar se știe că performanțele bune nu

depind doar de capacitate și abilități propriu-zise dar și de motivație, de încrederea de sine, de atitudinea persoanei față de sarcină. Performanța depinde în mare măsură de felul în care alocă persoana resursele, cât de persistent este în obținerea succesului. Pentru a avea persistență este nevoie de încredere, optimism și sentimentul de autonomie care ajută să menținem activitatea chiar și atunci când obstacole apar în calea succesului. Taylor et al. (2000/2003) susțin că iluziile pozitive mediază capacitatea persoanei de a se angaja în activități productive prin două căi: (1) prin facilitarea funcționării intelectuale și creative, (2) prin îmbunătățirea motivației, a rezistenței și a performanței. Mai întâi, indivizii cu percepții pozitive asupra propriei abilități adoptă strategii de rezolvare mai eficiente decât cei ce se îndoiesc de propria lor capacitate. În al doilea rând, dacă atenția celor încrezători în forțele lor rămâne fixată pe sarcină, atenția celorlalți stăruie asupra unor cogniții nerelevante pentru sarcină, ceea ce subminează performanța.

## **Concluzii**

Rezultatul general al studiilor este că iluziile pozitive devin o resursă esențială în coping: generează și susțin stările afective pozitive, creativitatea și productivitatea, respectiv grija față de alții. „Concepția intuitivă” conform căreia distorsiunile pozitive merg mână în mână cu sănătatea mentală a mers atât de departe încât a fost sugerată modificarea intervențiilor terapeutice în acest sens, spunând că pacienții deprimați sau anxioși, în loc de formarea cognițiilor raționale, ar trebui să adopte iluzii pozitive.



## CAPITOLUL 2

### FAȚA „ÎNTUNECATĂ” A ILUZIILOR POZITIVE

#### 2.1. CRITICA REFERITOARE LA TEORIA ADAPTĂRII COGNITIVE.

##### 2.1.1. Aspecte conceptuale și metodologice

Presupunerea că distorsionarea imaginii de sine ar avea beneficii a fost întâmpinată cu rezistență de către susținătorii teoriilor clasice ale sănătății mentale și de către clinicieni. Deși dovezile empirice referitoare la relația iluziilor pozitive cu componente ale sănătății mentale sunt convingătoare, există totuși date care demonstrează un aspect mai puțin favorabil al iluziilor pozitive. Nu este de mirare că enunțul, conform căruia distorsionarea imaginii de sine ar fi benefică, a provocat valuri în mediul psihologic deoarece în anii '90 autopercepțiile precise, fidele realității reprezentau elementele consacrate ale sănătății mentale. Acestea subliniază ideea că rezultatele și modelele pe care se bazează „Teoria adaptării cognitive” a lui Taylor & Brown (1988) sunt deficitare atât din punct de vedere conceptual, cât și din punct de vedere metodologic. În acest subcapitol vom oferi o sinteză a criticilor referitoare la rolul iluziilor pozitive, prezentând studiile cheie.

Teoriei cognitive de adaptare i s-a reproșat că ipotezele sale nu au fost verificate destul de riguros. Teoriile tradiționale față de teoriile contemporane au fost elaborate într-un mod mai riguros. De pildă, Maslow (1987 *in* 2003) sau Allport (1985) a impus conceptul de adaptare în urma unui proces minuțios denumit iterare. Definiția inițial concepută a fost strict verificată, ei căutând persoane tipice și atipice definiției lor, au făcut modificări ori de câte ori era nevoie, până ce au ajuns la o definiție satisfăcătoare. Acest proces de operaționalizare în mai multe etape pare să fie absent în ceea ce privește conceptualizarea sănătății mentale din perspectiva contemporană. Foarte puține studii au fost realizate de pildă pe pacienți depresivi clinic, iar cele realizate au fost efectuate pe un număr foarte limitat de pacienți. În continuare, sunt necesare studii executate pe diferite populații (populația generală, populații clinice) care să întărească în mod robust teoria că iluziile sunt parte integrală a sănătății mentale.

O critică esențială se referă la modul în care autoîmbunătățirea a fost operaționalizată. Procedura clasică utilizată de evaluare a biasărilor de autoîmbunătățirea fost de aceea de a cere participanților să se evalueze pe o serie de trăsături în comparație cu o persoană generală, procedură denumită de Kwan, John, Kenny, Bond, & Robins (2004) „*metoda evaluării prin comparația socială*”. Criticii acestei proceduri evidențiază ideea că fără un criteriu extern și obiectiv este dificil să se deosebească efectul de autoîmbunătățire de diferențele adevărate, obiective (John & Robins, 1994). John & Robins (1994) au investigat autoevaluările distorsionate pozitive, legate de performanță, în cadrul unei sarcini de grup. Performanța proprie estimată a fost raportată la două criterii de măsurare: (1) estimările colegilor (2) o măsurare concretă a performanței (bani câștigați în urma sarcinii). Estimările celorlalți au reprezentat valoarea medie pe

care a primit-o fiecare participant de la ceilalți membrii ai grupului. Discrepanța dintre estimările proprii și cele două criterii de măsurare au stabilit doi indicatori ai abnegației. Rezultatele au arătat că punctajele mai mari obținute la ambii indicatori erau în mod negativ asociate cu estimările unor psihologi experimentați. Acest studiu a evidențiat că cei care au estimat propria performanță mai bună decât aceea care rezulta în urma evaluării pe cele două criterii obiective au manifestat însușiri ale personalității narcisiste (John & Robins, 1994). Narcisismul, ca trăsătură de personalitate, este un semn al disconfortului psihic și a unor dereglări structurale la nivelul personalității.

În cel mai recent studiu asupra relației autoîmbunătățire - performanță, Kwan et al. (2004) au operaționalizat constructul de autoîmbunătățire prin trei metode. Compararea socială, identificarea diferenței și folosirea unei tehnici noi ce descompune percepția personală în trei elemente: efectul receptorului, efectul dorit și componente personale ale percepției de sine (Kwan et al. 2004). Rezultatele lor au indicat că atât măsura diferenței (între evaluarea de sine-alții), cât și noua măsură erau în mod negativ legate de performanța execuției sarcinilor – singurul rezultat obiectiv inclus în studiu. Măsurarea comparării sociale însă nu a reușit să preconizeze rezultatul. Punctul slab al acestor feluri de studii care folosesc metode paralele de operaționalizare este că necesită colectarea unor date complexe, adică o structură de petiție colectivă în care toți participanții se evaluează unii pe alții.

De asemenea, a fost subliniată ideea că majoritatea studiilor, pe care Taylor și Brown (1988) au construit modelul, erau bazate pe autoevaluare. Este foarte posibil ca rezultatele să fie pozitiv „contaminate” de biasarea pozitivă, atunci când atât predictorul, cât și consecința presupusă, sunt bazate pe auto-raportare. Această variație va determina o corelație pozitivă artificială (Colvin & Block, 1994). Cu alte cuvinte, în cazul în care cineva manifestă tendințe de autoîmbunătățire se va declara și mai fericit. Din acest motiv, criticii au insistat asupra faptului ca adaptativitatea ar trebui să aibă criterii externe independente de autoevaluare, cum ar fi de exemplu evaluarea colegilor (Paulhus, 1998), a experților (Colvin et al., 1995; Robins & John, 1997) a colegilor de clasă (Robins & Beer, în 2001; Gramzow, Elliot, Asher, & McGregor, 2003). Astfel de critici au condus la dezvoltarea unor serii de cercetări care au operaționalizat autoîmbunătățirea prin diverse metode utilizând diverse criterii externe de comparație (de exemplu, Colvin, Block & Funder, 1995; John & Robins, 1994; Paulhus, 1998; Robins & Beer, în 2001; Shedler, Mayman, & Manis, 1993). În plus, majoritatea studiilor care au studiat distorsiunile pozitive au împărțit participanții în două grupe pe baza scorurile obținute pe scale de autoîmbunătățire (scăzut/crescut, high/low self enhancers) și nu au luat în considerare gradele de distorsiune. În funcție de aceasta, starea de sănătate a fost și ea dihotomizată (de exemplu anxioși/ne anxioși, depresivi/nondepresivi, sănătoși/nesănătoși). Deși starea de bine poate fi definită în termeni normativi, nu înseamnă neapărat că oamenii în general experimentează această stare (John & Robins, 1994; Myers & Brewin, 1996).

Colvin și Block (1994) dezaprobă faptul că în timp ce studiile au fost realizate pe populația de studenți (fiind o populație ușor accesibilă cercetătorilor), concluziile sunt formulate la modul general referindu-se la populația generală. Atunci când un student este rugat să se autoevalueze în comparație cu o persoană obișnuită, el poate să se gândească la o „persoană de rând” care nu are același avantaje ca și el (studii superioare și tot ce este asociat cu acest statut). Mai mult, majoritatea studiilor au fost realizate în cadrul unor universități celebre cum ar fi Berkley sau UCLA. Studenții care sunt acceptați la astfel de universități pot avea un motiv întemeiat de a se considera mai

buni, de a avea un control mai mare și de a fi optimiști cu privire la viitorul lor în comparație cu o persoană de rând. Astfel, este posibil ca răspunsurile date să reflecte mai degrabă o percepție de sine reală, decât una iluzorie. Scalele utilizate conțineau de multe ori în mare proporție trăsături sau aptitudini referitoare la, sau asociate domeniului academic, de exemplu „silitor” sau „deștept”, iar astfel studenții puteau automat să se considere mai presus decât „o persoană generală” pentru că aceasta nu era specificată.

O altă serie de critici se referă la lipsa studierii iluziilor pozitive în context natural. Majoritatea studiilor s-au derulat în condiții de laborator, astfel ele pot avea validitate externă relativ mică. De exemplu, Carlson (1992) a găsit că acei manageri ale căror autoevaluări erau mai aproape de evaluarea subordonaților erau considerați mai eficienți decât managerii care și-au supraestimat capacitățile proprii. Acei manageri însă, ale căror iluzii pozitive legate de sine erau mai bine evidențiate, au raportat mai multă satisfacție în viața personală. Așadar, credințele de autoîmbunătățire pot avea diferite consecințe, în funcție de context, după cum urmează: consecințe negative într-un context organizațional, dar în același timp consecințe pozitive în viața personală

### **2.1.2. Asocierea iluziilor pozitive cu mecanisme defensive și stimă de sine fragilă**

Dacă există diferențe la anumite variabile între oamenii care au un nivel ridicat și cei care au un nivel moderat al stării de bine, acele diferențe nu vor ieși în evidență în acest studiu dacă sunt agregate datele despre nivelul ridicat și cel moderat al stării de bine, sau dacă distribuirea acestei stări se face în procentaj de 50%, pe grupuri mai avansate sau mai puțin avansate. Așa cum susținea Maslow (2003), „ceea ce noi considerăm «normal» în psihologie este de fapt o „psiho-patologie a mediocrității” (pag. 16; vezi de asemenea Colvin & Block, 1994; Shedler, Mayman, & Manis, 1993).

Privind aspectul social, cei din „tabăra contra iluzii” susțin că *cei care își cultivă un respect de sine exagerat, ulterior vor fi desconsiderați, respinși, ignorați de colegi, prieteni, apropiați*. Colvin, Block și Funder (1995) au evaluat credințele de autoîmbunătățire operaționalizate prin discrepanța (autoevaluare-evaluarea persoanei de către colegi. Autorii au observat că persoanele care au manifestat tendința de autoîmbunătățirea imaginii de sine prin diverse strategii, au fost caracterizate de prieteni, rude și apropiați prin termenii: narcisiste, defensive, îngâmfate, egoiste, încrezute, lăudăroase. În schimb, cei care nu au manifestat supradimensionarea imaginii de sine au fost caracterizați ca fiind mai duioși și mai simpatici.

Alte studii au pus în evidență *asocierea iluziilor pozitive cu stimă de sine fragilă și stare de sănătate mentală deteriorată* (Robins & Beer, 2001). Johnson, Vincent și Ross (1997) au arătat că exagerările iluzorii asupra sinelui sunt asociate cu o ostilitate crescută, ca urmare a unei experiențe soldate cu eșec. John și Robins (1997b) au arătat că persoanele care au manifestat tendințe de supradimensionare a imaginii de sine (self aggrandizement) au fost apreciate de către psihologi ca fiind prea preocupați de propria personalitate și ca având personalități mai puțin adaptative decât persoanele mai realiste.

Raportată la indicatori obiectivi ai performanței academice, autoîmbunătățirea nu preconizează o performanță academică mai ridicată sau un nivel mai înalt la evaluare. Spre exemplu Gramzow et al. (2003) au folosit notele de la colegiu drept criteriu al randamentului. În două studii, discrepanțe mai mari între GP-ul raportat și cel real preconizau note mai mici la cursul actual. Chiar având un criteriu concret de compor-

tament, studiul pare să dispute faptul că autoîmbunătățirea nu are niciun beneficiu adaptativ pe termen lung.

Paulhus (1998) a arătat că persoanele cu încredere exagerată în sine au fost evaluate pozitiv de către colegi. După o interacțiune scurtă aceștia le-au caracterizat ca fiind amabile, drăguțe, cumsecade. Aceste impresii favorabile s-au deteriorat însă repede după interacțiuni mai prelungite, acești indivizi fiind ulterior văzuți de colegi ca ostili, defensivi, îngâmfați și lăudăroși. Cercetarea exprimă posibilitatea ca iluziile pozitive în relațiile interpersonale să fie adaptative pe termen scurt, dar dezadaptative pe termen lung, în ceea ce privește dezvoltarea relațiilor sociale armonice. Robins și Beer (1994) reproșează de asemenea faptul că nu au fost luate în calcul efectele iluziilor pe termen lung. Autorii, bazându-se pe teoriile psihanalitice, au presupus că pe termen lung autoîntărirea, generează comportamente cronice de autoapărare cum ar fi evitarea auto-reflecției prin consum de alcool sau droguri, auto-handicaparea, negarea problemelor, ignorarea anumitor riscuri, adoptarea unor pasiuni frivole de genul jocurilor de noroc.

Colvin et al. (1995) au realizat două studii longitudinale și un studiu de laborator. Ei au evaluat abnegația prin compararea autoevaluării făcute de participanți, cu evaluările examinerilor instruiți asupra personalităților lor. Punctajele abnegației au fost corelate ulterior cu evaluări ale corectării primite de la un alt set de observatori instruiți. Rezultatele studiilor longitudinale au indicat că abnegația era asociată cu abilități sociale reduse și inadaptação psihologice. Studiul longitudinal s-a desfășurat într-un interval de cinci ani din momentul evaluării abnegației și ulterior acesteia. Studiul de laborator a demonstrat că într-o situație de confruntare, cei încrezători în sine erau punctați negativ atât de experții evaluatori cât și de ceilalți participanți. Robins și Beer (2001) au urmărit un grup de studenți în timpul facultății timp de patru ani. Ei au constatat că deși în primul an de facultate cei care erau caracterizați de supradimensi-onarea imaginii de sine au fost descriși de colegi și apropiați ca fiind: populari, dominanți, interesați, însă pe termen lung aceste păreri s-au modificat caracterizându-i ca fiind: egoiști, încrezuți, îngâmfați. Același efect a fost observat și în cazul performanțelor academice, iluziile pozitive pe termen lung nu au rezultat în note mai bune, dimpotrivă au fost asociate cu încrederea de sine în descreștere și dezinteres față de sarcinile academice.

Anderson, Amos și Gosling (2008) spun că percepția statutului social într-un mod iluzoric nu este în nici un caz adaptativă, pentru că evaluarea iluzorie ar duce la costuri prea mari, atât la nivelul relațiilor cât și la nivel financiar. Autorii demonstrează printr-o serie de experimente (în care participanții au fost implicați în diferite situații sociale) că cei care au manifestat strategii de auto-îmbunătățire au fost mai puțin tolerați și plăcuți de alții, în consecință au fost „plătiți mai puțin pentru munca lor.” Analizele de mediere au pus în evidență faptul că cei care au manifestat iluzii de auto îmbunătățire au fost pedepsiți de grup pentru că s-a considerat că perturbă procesele de grup

Colvin și Block (1994) susțin că efectul de auto-îmbunătățire se datorează unor „trucuri ieftine” cum ar fi compararea cu alții în acele domenii în care subiectul respectiv este competent, sau compararea cu cei inferiori și mai slabi, asigurându-și astfel autoîmbunătățirea imaginii de sine. Umaniștii considerau că cei într-adevăr sănătoși (autoactualizatori, cu stimă de sine veritabilă)<sup>9</sup> nu au nevoie de autoîmbunătățirea

---

<sup>9</sup> Cei din școala umanistă Erikson, (1950) Fromm (1956) Maslow (1950) Rogers, (1980) sunt de părere că deși starea de bine normativă poate fi caracterizată de viziuni iluzorii, indivizii



imaginii de sine. Există studii care asigură susținerea acestui punct de vedere. De pildă, Knee și Zuckerman (1996) au considerat că persoanele care dispun de autonomie și independență crescută, dar manifestă control scăzut, folosesc mai puține strategii de întărire a eului după un succes personal și mai puține atribuții auto-protective după un eșec. Căutând alte dovezi care să susțină rezultatele, aceiași autori au realizat un alt studiu Knee & Zuckerman (1998) cu scopul de a investiga legătura dintre mecanismele defensive, tendințele de devalorizare a sinelui și controlul asupra mediului, respectiv autonomia individuală, pe un lot de 262 de studenți. În cadrul acestui studiu au descoperit că persoanele cu autonomie crescută și control perceput mai scăzut au folosit strategii de adaptare mai puțin defensive (de exemplu, negare, dezangajare la nivel comportamental și cognitiv) și au dispus de devalorizare de sine scăzută față de toți ceilalți subiecți. Aceste rezultate sprijină și propunerea conform căreia persoanele autonome și determinate sunt mai puțin defensive. Într-un alt studiu a fost găsit că strategiile de autoîmbunătățire erau mai reduse într-un grup cu punctaje foarte bune (într-o măsurătoare care ținea cont de competența în timp sau tendința de a trăi în prezent), decât într-un grup cu punctaje mediocre ale măsurătorii respective (Boyd-Wilson et al., 2002a).

Baumeister și Keneth (1992) au examinat autoamăgirea dată ca reacție la feedback-ul pozitiv sau negativ (profil de personalitate) în context privat și public. Au demonstrat că autoamăgirea (ignorarea informațiilor negative, maximalizarea celor pozitive) este mai mult caracteristică situației private, și în mod special în cazul persoanelor defensive. Atunci când persoanele știau că și alții vor citi (situație publică) feedback-ul (profilul de personalitate negativă) au acordat aceeași atenție informațiilor negative cât și celor pozitive. În consecință, autorii concluzionează că această tendință de biasare pozitivă este flexibilă și variază de la un context la altul. Alte cercetări sugerează că oamenii autoritari, care demonstrează o eficiență mai mare când au de-a face cu sarcini dificile, iau decizii mai bune decât oamenii neajutorați (Dweck, 1990). Indivizii care își asumă responsabilitate atât pentru faptele și rezultatele negative cât și pentru cele pozitive sunt mai bine dispuși și mai sănătoși decât cei care și-au asumat responsabilitate doar pentru fapte/rezultatele pozitive (Mirowsky & Ross, 1990).

O altă potențială problemă cu argumentul lui Taylor și Brown (1988) rezidă din implicația conform căreia cu cât starea de bine a oamenilor este mai mare, cu atât mai mult ei vor păstra aceste iluzii pozitive. Taylor și Brown (1994) au abordat această problemă în răspunsul lor către Colvin și Block (1994), în care susțineau că iluziile tind să rămână modeste. Cu toate acestea, autorii nu au menționat cum se aplică acest lucru în practică. Iluziile pozitive pot fi blânde (ușor distorsionate, moderate), în general, dar oare ele cresc, se diminuează, sau rămân constante în comparație cu starea de bine moderată? Cu scopul de a clarifica acest aspect, Boyd-Wilson, McClure și Walkey (2004) au împărțit subiecții în trei grupuri în funcție de fericirea subiectivă raportată, iluziile pozitive fiind măsurate pe baza gradului de întărire a eului (evaluarea sinelui comparat cu o persoană oarecare). Rezultatele lor au subliniat că distorsionarea pozi-

---

care, pe de altă parte, au atins un nivel mai înalt de sănătate mentală. Ei propun o perspectivă care susține necesitatea de a trata în mod individual grupurile cu „stare de bine crescută”. Maslow (1987), denumind aceste persoane *auto-actualizanți* presupunea că ei față de cei „normali” nu au nevoie de autoîmbunătățire. Astfel de indivizi, spunea Maslow (1968), au o percepție mai clară a punctelor forte și a limitărilor proprii precum și a celor din jur și se tem mai puțin de propriile lor imperfecțiuni precum și de a profita de circumstanțele favorabile (vezi de asemenea Capitolul 1).

tivă, având ca rezultat întărirea eului, era mai crescută la subiecții care au raportat fericire moderată. Rezultate similare s-au obținut și legat de starea de bine și satisfacția de viață: iluziile pozitive fiind asociate mai degrabă cu starea de bine și satisfacția în viață moderată decât cu cele ridicate sau scăzute, iar imaginea de sine pozitivă prezicea niveluri mai crescute de stare de bine și satisfacție în viață. Aceste rezultate arată că iluziile pozitive și starea de bine sunt în raport curbiliniar sugerând că, există o margine optimă a iluziilor pozitive despre sine. Aceste studii concluzionează că iluziile pozitive pot fi benefice la nivel de afectivitate pozitivă, dar ele pot diminua plăcerea simțită după atingerea unor performanțe. Această dualitate indică necesitatea efectuării de cercetări în continuare pentru a identifica gradul de generalizare și limitările fiecărei perspective.

Dillard, Midboe și Klein (2009) doreau să testeze dacă cei care manifestă iluzia optimistă a invulnerabilității cu privire la probabilitatea de a se confrunta cu probleme din cauza consumului de alcool sunt predispuși în mai mare măsură la riscuri reale. Spre deosebire de majoritatea studiilor, acest studiu (a) a evaluat biasarea la nivel individual, decât la nivel de grup și (b) a folosit un design de perspectivă în loc de proiectare transversală. Datele au arătat că optimismul nerealist de la prima evaluare a fost asociat cu un număr mai mare de evenimente negative în privința consumului de la evaluarea 2, 3, și 4. În mod similar, optimismul nerealist de la evaluarea a doua a fost asociat cu mai multe evenimente negative, 3 și 4. În toate cazurile, relațiile au fost semnificative, atunci când evenimente anterioare negativ au fost controlate, sugerând că efectele optimismului nerealist se pot acumula în timp. Așadar, din această perspectivă iluziile pozitive sunt ca o sabie cu două tăișuri. Până la un anumit nivel se impun ca element cheie al sănătății mentale, însă din unele privințe sunt dezadaptative. Iluzia unei lumi drepte (belief in a just world) prezice, de asemenea, atitudini de indiferență față de grupurile defavorizate (dacă lumea e dreaptă ei merită această soartă) cum ar fi șomerii bătrâni, săraci, bolnavi (pentru o trecere în revistă vezi Furnham, 2003). În ceea ce privește corolarele sale sociale, poate fi, prin urmare, descris ca o iluzie în mare măsură negativă

## 2.2. SĂNĂTATEA MENTALĂ ILUZORIE

„Aspectul întunecat”<sup>10</sup> al credințele de autoîmbunătățire a fost exprimat la modul cel mai direct de Shedler et al. (1993/2003), Cousineau & Shedler, (2006). Autorii, abordează o perspectivă extremă, argumentând că relația între iluzii pozitive și adaptare psihică este doar statistică: „iluziile pozitive nu sunt nimic altceva decât un artefact cauzat de incapacitatea cercetătorilor de a evalua sănătatea mentală în mod corect” (1993, pag.1128). Cei depistați ca având sănătate iluzorie difereau în aspecte importante de cei cu sănătate reală. Atunci când au fost rugați să facă asociații verbale la stimuli cu conținut delicat sau amenințător (de exemplu: sex, moarte, dragoste, păcat) aceștia răspundeau în mod defensiv: nu puteau da un răspuns prompt, au înțeles greșit cuvântul stimul, au dorit să schimbe subiectul, au spus ceva dar mai apoi și-au retras cuvintele, iar toate aceste, în acord cu teoria amintită, indică un blocaj psihic.

---

<sup>10</sup> „The dark side of positive illusions” – denumirea a fost folosită întâi de Brendgen & Vitaro (2004) dorind să denote aspectele negative legate de iluzii pozitive.

Cousineau & Shedler (2006) susțin că în cadrul populației sănătoase din punct de vedere psihologic, există de fapt două subgrupe: cei *veritabil sănătoși* mental și cei *aparent sănătoși*. Acestea din urmă reușesc să obțină „statutul” de sănătos mental și să mențină această aparență prin „negarea defensivă a disconfortului psihic” (pag.1117) reușind acest lucru datorită faptului că instrumentele populare și larg folosite în evaluarea sănătății mentale sunt incapabile de a detecta mecanismele defensive, și deci nici tulburările afective ce se ascund după acest paravan. Cu alte cuvinte, prezența distorsiunilor pozitive la nivelul datelor se datorează persoanelor caracterizate de autoamăgire și defensive care distorsionează în mod pozitiv răspunsurile date pe scalele cercetătorilor. Ei denumesc această categorie de persoane „*defensivi*” (defensive deniers), iar fenomenul ce apare ca rezultat al acestui proces îl denumesc „*sănătate aparentă*”, sau „*sănătate iluzorie*” (illusory mental health). Prin urmare ne vom referi la aceste persoane ca „*defensivi*” și alternativ ca având „*sănătate iluzorie*”.

Shedler et al. (1993) consideră că grupul de defensivi este caracterizat de o necesitatea de a se vedea pe ei înșiși ca bine adaptați la mediu, în ciuda faptului că ascund o vulnerabilitate crescută și în consecință adaptarea cu succes se realizează cu un mare efort. „Foarte probabil, ei au părere distorsionată referitor la ceea ce înseamnă o adaptare bună, ei neglijează viața emoțională, foarte probabil nici nu sunt conștienți de emoțiile, dorințele, necesitățile și sentimentele lor” (pag.1118). Autorii susțin că rolul iluziile pozitive prin mascarea vulnerabilității interioare contribuie la reprimarea, negarea, informațiilor care reprezintă o amenințare către sine. Sănătatea iluzorie este așadar văzută ca fiind susținută de un stil defensiv caracterizat de iluzii pozitive. Sănătatea mentală iluzorie este o aglomerație de simptome cuprinzând o varietate de comportamente și etologii. Sănătatea mentală iluzorie este un „construct umbrelă” care poate cuprinde diferite cauze. Esența constă în nevoia de a camufla temerile, neîncrederea, instabilitatea etc. (Cousineau & Shedler, 2006).

### 2.2.1. Mecanisme de apărare, comportament defensiv

Shedler et al. (1993) nu delimitează clar și nu definesc ce înțeleg prin „negarea defensivă” exact „apărarea defensivă” a celor cu sănătate mentală iluzorie, însă ei lasă în mod implicit de înțeles că folosesc acest termen în sensul general al cuvântului. În literatură de asemenea există o confuzie referitoare la termenii „*mecanism defensiv*” „*apărare*”, și „*stil de coping defensiv/represiv*”. Conform definiției generale termenul „mecanism defensiv” este un construct teoretic ce descrie o operațiune cognitivă care are loc la un nivel inconștient, a cărei funcție este de a modifica experiența conștientă a gândului sau afectului<sup>11</sup>. Sunt definite mecanisme specifice de apărare prin operațiuni cognitive specifice, care aduc cu sine această modificare, conform celor de mai jos.

*Mecanismele de apărare* sunt procese inconștiente care au rolul de a reduce disonanța cognitivă și emoțională cu scop de apărare (Cramer, 2003). În acord cu Vaillant (2000) mecanismele defensive servesc mascarea acelor porniri, dorințe, motivații,

---

<sup>11</sup> Strategiile utilizate pentru apărare, atât cele conștiente cât și cele inconștiente, au fost descrise de către Freud (1915/1957) și au dobândit o poziție importantă în literatura psihanalitică prin contribuția lui, Anna Freud (1946). Concepte precum represia, negarea, supresia, intelectualizarea, raționalizarea, proiecția, sublimarea, reacția inversă și așa mai departe, au devenit un loc comun atât în teoria cât și în practica terapeutică de orientare psihanalitică clinică (Cramer, 2000; Erdelyi, 2001).

atitudini, emoții care sunt inacceptabile și amenințătoare conștientului. În DSM IV, mecanismele de apărare (*styles of coping*) sunt definite ca procese psihologice automate care protejează individul de anxietate sau de perceperea de pericole sau de factori de stres interni sau externi.

„Apărarea” în schimb este un termen mai general ce se referă la comportamente care țin individul departe de anxietate, pierderea stimei de sine, sau alte emoții distructive. Astfel, apărarea poate fi deservită de mecanismele de apărare. Există de asemenea alte mecanisme ce susțin apărarea cum ar fi decizia conștientă de a acționa în mod diferit față de simțire sau prin suprimarea unei idei deranjante. O diferență critică între conceptul de mecanism defensiv și cel de *comportament de apărare* este aceea că primul este în permanență inconștient, iar cel din urmă poate fi recunoscut conștient de către individ. Astfel, defensiva (apărarea) este categoria mai amplă, cuprinzând atât mecanisme de apărare cât și alte comportamente concepute să diminueze anxietatea (pentru mai multe discuții referitoare la acest subiect, vezi Cramer, 1991a, Cramer, 2003). Dorim să menționăm că, în acest context, atunci când ne referim la comportament defensiv al celor caracterizați de sănătate mentală iluzorie ne gândim la stil defensiv, comportamente de apărare generale, stil de coping defensiv.

Din perspectiva analitică sursa primară a mecanismelor de apărare este conflictul ID – ego-superego. Prin prisma cognitivă mecanismele de apărare sunt considerate ca strategii sau proceduri de prelucrare a informației negative cu funcția de reducere a distresului și este înlocuită denumirea de mecanism de apărare cu cel de coping. În teoriile cognitive au fost recunoscute următoarele mecanisme de apărare principale: *Negarea defensivă (refuzul)*, *Represia*, *Proiecția*, *Raționalizarea*, *Intellectualizarea/izolarea*.

Potrivit lui Lazarus și Folkman (1984) copingul este definit „ca efort cognitiv și comportamental de a reduce, stăpâni sau tolera solicitările interne sau externe care depășesc resursele personale”. Analiza acestei definiții pune în evidență o caracteristică esențială: copingul este ilustrarea faptului că stresul emerge numai din relația dintre subiect și situație, fiind de neconceput în afara triadei acțiune-cogniție-comportament (Velea, 1999).

În ceea ce privește diferența între mecanismele de apărare și mecanismele de coping, examinarea literaturii de specialitate pune în evidență cel puțin două puncte de vedere diferite, unii teoreticieni susținând că ele reprezintă strategii distincte de adaptare (Cramer, 2000), în timp ce alții consideră că mecanismele de apărare reprezintă o subcategorie a mecanismelor de coping (Lazarus, 2000). Principalele diferențe menționate de cei care susțin ipoteza unor strategii distincte de adaptare (Taylor, 2009; Cramer, 2000) sunt că în timp ce strategiile de coping presupun efort conștient, sunt angajate cu intenția de a rezolva o situație problematică și presupun o anumită etapizare, mecanismele de apărare sunt inconștiente, neintenționate și presupun organizare ierarhică.

În ceea ce privește ierarhizarea din punct de vedere analitic la un pol sunt situate mecanismele primitive, imature, cum ar fi de pildă negarea sau represia care blochează energia instinctuală, creând acumularea tensiunii interne. La celălalt pol, se află mecanismele mai mature cum ar fi de exemplu: intelectualizarea sau raționalizarea (Cramer, 1991a).

În ceea ce privește clasificarea strategiilor de coping, în ultimii ani au apărut numeroase încercări de a găsi o clasificare cât mai flexibilă. Enumerarea acestor studii și analiza lor trece însă de obiectivele noastre, așadar ne vom limita la clasificările clasice

propuse de Lazarus și Folkman (1984/1987) și Billings și Moose (1984). Ajustările orientată spre probleme sunt acțiuni orientate direct spre rezolvarea, redefinirea sau minimalizarea situației stresante. Persoana face o evaluare în plan mental a unor posibilități avute la îndemână, evocând eventuale succese avute în aceleași situații, contează pe suportul social, solicitând informații și căutând mijloace, iar în cele din urmă elaborează un plan de acțiune. Ajustarea orientată spre emoție are scopul are ca obiectiv reducerea tensiunii emoționale, fără a schimba situația. Adesea copingul centrat pe problemă este identificat cu cel activ, iar copingul centrat pe emoție cu cel pasiv, însă de multe ori activitatea copingului depinde de contextul situației. Această clasificare provine din ideea că inactivitatea în fața unui stresor este adesea legată de o stare emoțională negativă, cum ar fi depresia. *Copingul evitant, defensiv*, constă în a deturna atenția de la sursa stresului (evitare). Această strategie este cea mai utilizată (Miclea, 1997). Ea se traduce prin practicarea unui sport, a relaxării sau refugiul în activitățile de timp liber etc.; individul are impresia că aceste activități reduc tensiunea emoțională și conferă o stare de sine.

Strategiile de coping focalizate pe problema se relaționează cu comportamentul de tip A și optimism, stima de sine (Carver et al., 1989, *apud.* Carver & Connor-Smith, 2010), confidență în abilități interpersonale (Taylor & Aspinwall, 1996). Copingul centrat pe emoție a fost asociat în repetate rânduri de anxietate și depresie (Carver et al. 1989, *apud.* Carver & Connor-Smith, 2010). Copingul evitant, pasiv a fost asociat în schimb cu neuroticism (Watson & Hubbard, 1996), perfecționism, autocritică și autoblamare (Dunkley & Blankstein, 2000), intensificarea simptomelor depresive și anxioase în condiții de stres (*apud.* Carver & Connor-Smith, 2010).

### 2.2.2. Autoamăgirea și managementul impresiilor

Concepția conform căreia sănătatea mentală este asociată cu percepția pozitiv distorsionată a sinelui a fost recunoscută și de alți cercetători, ca Sackheim & Gur (1979) sau Paulhus (1991). Acești cercetători, însă, văd distorsiunile în termenii autoamăgirii și ai managementului impresiilor. Iluziile pozitive în mod constant au fost echivalate, confundate și asemănate cu forme exagerate ale dezirabilității sociale (de exemplu Sackheim & Gur, 1979; Paulhus, 1991).

Atât dorința de a crea o impresie favorabilă cât și autoamăgirea sunt considerate ca reprezentând motive profund umane. Fiecare om urmărește să fie acceptat, iubit, respectat de alți dar și de sine. Pentru a atinge aceste obiective unii pot adopta comportamente ce au ca scop atingerea acestora. Până la un nivel, atât managementul impresiilor cât și autoamăgirea ușoară pot fi benefice individului servind adaptarea optimă la mediul social. Problemele apar atunci când aceste comportamente devin dominante și se suprapun scopurilor adevărate ale individului. Formele exagerate ale exteriorizării strategice și ale înșelării de sine devin un obstacol atât în adaptarea socială cât și în calea dezvoltării individuale. Zilnic putem vedea manifestări exagerate venite din dorința de a atrage atenție, de a câștiga respect și de a fi iubiți, cunoscută fiind ideea până unde pot merge unii pentru a câștiga respectul altora și respectul de sine. Dorința de a proiecta o imagine publică favorabilă îi poate duce pe unii la acte nesăbuite și periculoase. De pildă, nenumărate accidente de circulație rutieră, soldate cu o mulțime de victime inocente, sunt cauzate de dorința unora de a părea neînfricați (Brehm, Kassin, Fein, 1999). În continuare, vom încerca să definim constructele în discuție și să identificăm acele elemente care le deosebesc de iluzii pozitive.

Potrivit lui Sackeim și Gur (1979), *autoamăgirea* (self deception) se referă la dorința individului de a se vedea într-o lumină favorabilă. Autorii definesc autoamăgirea prin mecanismele de apărare, asemănând-o cu reprimarea și negarea gândurilor și emoțiilor care sunt amenințătoare imaginii de sine. Baumeister & Keneth (1992) definesc autoamăgirea ca fiind o tendință sistematică, întemeiată pe anxietatea de a evita informațiile neplăcute sau care reprezintă o amenințare a sinelui.

Tendința de autoamăgire în literatura de specialitate este asociată de experiențele negative timpurii cu persoane semnificative, respectiv de acele mecanisme de apărare care s-au format în urma acestor relaționări neadecvate. Percepția de sine actuală este modulată (filtrată) prin aceste patternuri și mecanisme defensive formate timpuriu. Sackeim și Gur (1979) demonstrează că autoamăgirea este corelată negativ cu scorurile scalei de depresie BDI și Scala de neuroticism a lui Eysenck. Autorii ajung la concluzia că ar trebui acordată aceeași atenție auto-decepției ca și dorinței de a impresiona, în ceea ce privește natura acestora de a distorsiona validitatea măsurărilor bazate pe autoevaluare. Ei susțin că tendința de autoamăgire reprezintă un reper important în explicarea dezacordului dintre evaluarea clinică și autoevaluarea în diagnosticarea psihopatologiei.

Din perspectiva *teoriei relației cu obiectul*, autoamăgirea își are rădăcinile în experiențele timpurii ale persoanei cu persoanele relevante, și în mod special cu mama. Conform teoriei, autopercepția actuală, respectiv percepția mediului înconjurător actual al adultului este influențată de reprezentările mentale ale experiențelor timpurii impregnate adânc în construcția psihică a persoanei care în prezent se comportă ca niște lentile prin care realitatea este percepută. Modul în care în prezent percepem sinele și pe alții: distorsionat negativ sau pozitiv se leagă de aceste experiențe timpurii, de mecanismele de apărare psihologice construite în jurul sinelui în cadrul relațiilor relevante timpurii. Aceste presupuneri sunt bazate pe teorii bine aprofundate în psihologia dezvoltării cum ar fi teoria psihosocială a dezvoltării aparținând lui Erikson, sau teoriile psihanalitice ale atașamentului. Raționamentul general esențial este că atașamentul lezat, încrederea bazală lezată din oarecare motive, relațiile conflictuale cu părinții, stilul educațional prea sever sau prea îngăduitor, atitudinile părintești incorecte conduc aproape în mod inevitabil la formarea unor mecanisme de apărare rigide, distructive, ineficiente în adaptare, mai mult sau mai puțin severe. În schimb, relațiile și experiențele timpurii satisfăcătoare și suficient de bune vor contribui la dezvoltarea mecanismelor de apărare flexibile, constructive, eficiente, care servesc adaptarea. Se pornește de la presupuziția că aceste lentile și mecanisme de apărare integrate în schema eului sunt inconștiente și neintenționate, comportându-se ca niște filtre prin care informația relevantă este strecurată și procesată.

Shedler et al. (1993) menționează aceeași teorie și scheme timpurii fragile în descrierea rădăcinilor fenomenului de sănătate mentală iluzorie. Cei cu sănătate mentală iluzorie presupusă sunt caracterizați de autoamăgire și dorința de a manipula impresiile pentru a fi acceptați și aprobați.

Paulhus (1991) redefinesc conceptul de autoamăgire prin adăugarea componentei de „îmbunătățire a imaginii de sine” sau „întărirea eului” punând accent pe prezența erorilor cognitive pozitive. Paulhus însuși deosebește autoamăgirea reactivă caracterizată de aspecte de negare și autoamăgirea ca formă de îmbunătățire (întărire) a imaginii de sine, care reflectă capacitatea unei persoane de a vedea propria persoană într-o lumină favorabilă. Potrivit lui Paulhus, prima formă de auto-decepție este determinată de factori contextuali de situație iar cea de-a doua formă de auto-decepție este una

dispozițională. Paulhus (1998) conceptualizează iluziile pozitive ca fiind componente integrale celei de a doua forme de dezirabilitate sociale și anume autoamăgirea. Sackheim și Gur (1992) nu resping ideea că în anumite contexte, autoamăgirea poate fi adaptativă, dar ei atrag însă atenția asupra faptului că autoamăgirea și managementul impresiilor pot compromite rezultatele scalelor de autoevaluare privind sănătatea mentală ceea ce poate fi fals datorită mecanismelor defensive inconștiente caracteristice persoanelor autodeceptive, dar și dorinței de a impresiona social. Ei spun însă că de fapt autoamăgirea sub formă de întărire a eului, așa cum este descrisă de Paulhus, ar fi în raport negativ fals cu psihopatologia, dar nu și autoamăgirea definită de ei<sup>12</sup>. Unii autori spun că în timp ce dorința de a crea o impresie bună nu se asociază neapărat cu sănătatea mentală, autoamăgirea o face (Hoorens, 1995), fiindcă persoanele autodeceptive distorsionează inconștient și constant răspunsurile în mod favorabil, rezultând astfel în corelații fals pozitive.

*Managementul impresiilor* prin definiție se referă la procesul prin care o persoană încearcă să manipuleze în mod favorabil felul în care este văzută de alții (Leary & Kowalski, 1990). Managementul impresiei apare atunci când prezența publicului exercită o presiune asupra comportamentului persoanei, determinând motivația individului de a se prezenta în mod favorabil în fața acestora, obiectivul fiind câștigarea respectului, sprijinului, simpatiei și dragostei altora, precum și dorința de a fi remarcat de aceștia (Paulhus, 1991). S-a constatat că un efect similar apare atunci când oamenii sunt evaluați pe scale de autoevaluare unde li se oferă posibilitatea să se prezinte, la unii reflectându-se într-o tendință exagerată de prezentare favorabilă. Acești indivizi par a fi mai dependenți și mai motivați de aprobarea altora.

Un posibil motiv pentru care s-a făcut o asociere strânsă între iluziile pozitive și auto-prezentare este că (1) iluziile pozitive, sunt o formă de autocaracterizare distorsionată în mod pozitiv; (2) unii autori folosesc termenul de managementul impresiilor în sensul de *prezentare de sine sau exteriorizarea* eului cu scopul de a manipula imaginea de sine în ochii altora.

Schenkler (1980, pag. 6, *apud.* Leary & Kowalski, 1990) atrage atenția că între constructul de *prezentare de sine (auto-prezentare)* și *managementul impresiei* există o diferență esențială. În timp ce prezentare de sine este rezervată situațiilor în care imaginile proiectate sunt relevante sinelui, managementul impresiei este determinat de dorința de a controla imaginea de sine în ochii altora. Prezentarea de sine este un concept mai larg care implică atât manipularea percepția altora despre sine, cât și formarea impresiei despre sine a unei persoane (Greenwald & Becker, 1985, *apud.* Leary & Kowalski, 1990). Așadar dorința de manipulare a imaginii de sine în ochii altora se prezintă ca un motiv de exteriorizare a sinelui sau autoprezentare.

O a doua cauză a exteriorizării este *autoverificarea*, ce poate fi formulată în termenii dorinței de a-i face pe ceilalți să ne vadă așa cum ne percepem noi înșine. Termenul a fost descris de Swann (1986, *apud.* Taylor, Peplau, & Sears, 2006), care a observat că unii oamenii sunt puternic motivați să se asigure că ceilalți îl percep în modul corect. Această idee este în concordanță cu teoria că oamenii solicită, își reamintesc și acceptă selectiv acele forme de feedback interpersonal care le confirmă imaginea despre sine. Într-un studiu, participanții au interacționat cu un complice care, ulterior, unora le-a

---

<sup>12</sup> Dintr-o cercetare a reieșit că subiecții care au dispus de acel mecanism de întărire a eului au avut iluzii pozitive legate de imagine de sine și control mai accentuate (era vorba de șofat) (Paulhus & Reid, 1988, *apud.* Paulhus, 1991).

spus că i se par a fi niște persoane dominatoare, altora, dimpotrivă, că se lasă prea ușor dominați. Când aceste comentarii concordau cu conceptul de sine al participanților, au fost acceptate de îndată. În schimb, participanții contrariați în imaginea lor despre sine și-au modificat comportamentul, încercând să demonstreze complicitelui că se înșală (Swann, 1986 *apud* Taylor, Peplau, & Sears, 2006).

În cadrul exteriorizării strategice, managementul impresiei, în funcție de motivele acestuia, putem deosebi *lipsa grației și autopromovarea* – actele care urmăresc să câștige respectul celorlalți. Prima poate implica comportamente care aparent par să defavorizeze subiectul. Pentru a fi eficientă manipularea imaginii de sine în ochii altora trebuie utilizată cu multă grijă și finețe, altfel existând riscul de a fi demascată, rezultând un efect contrar. Cei care tot timpul se laudă stârnesc antipatie și sunt etichetați ca fiind, încrezuți, egoiști și slabi.

*Diferența* majoră între cele două forme ale dezirabilității sociale este că în timp ce *managementul impresiilor* este considerată ca fiind un proces conștient, intenționat, planificat care apare în prezența altor persoane *autoamăgirea*, este un proces inconștient, involuntar și independent de contextul social. Menținerea percepției despre sine este mediată de procese cognitive în timp ce managementul impresiilor în context public implică și componente comportamentale. În al doilea rând, factorii motivaționali care ne duc la impresiionarea publicului sau menținerea imaginii de sine private, diferă în mai multe privințe.

Alți teoreticieni arată că impresia pe care o facem asupra altora, la urma urmei are implicații asupra felului în care suntem evaluați și tratați de alții, ceea ce modelează și autopercepția, iar astfel avem o motivație amplificată de a impresiona social. Schlenker (1980, *apud* Leary & Kowalski, 1990) propune o apropiere avantajoasă în corelarea celor două constructe, folosind un termen mai general prin „identificarea de sine”. Identificarea de sine se referă la un proces prin care individul utilizează prezentarea socială pentru a-i specifica imaginea de sine. Definită în acest fel atât imaginea de sine privată cât și cea publică pot fi văzute ca subtipuri ale identificării de sine.

Leary și Kowalski (1990) integrează aceste modele contradictorii într-un model cu două componente, oferind astfel un cadru mai promițător cercetărilor viitoare. Modelul lor conceptualizează managementul impresiilor ca fiind alcătuit din două procese diferite. Primul implică motivația de a manipula impresiile (gradul în care oamenii își doresc să formeze o imagine anume despre ei înșiși) care se modifică în funcție de 3 factori: relevanța scopului, valoarea rezultatului dorit și discrepanța între imaginea actuală și cea dorită. Al doilea component este *construcția imaginii de sine*, determinată de 5 factori: conceptul de sine, imaginea dorită și nedorită, constrângerea de rol, valoarea scopului și imaginea de sine actuală. Așadar, în timp ce iluziile pozitive sunt automate, managementul impresiei nu este neapărat pozitiv ci pot lua o direcție negativă în funcție de scopul urmărit. În mod obișnuit oamenii doresc să facă o impresie bună, dar nu neapărat. De pildă, o persoană poate să dorească să pară „curajoasă”, „competentă”, „periculoasă”, într-o situație dacă scopul ei este să intimideze, dar totodată ea poate să dea o impresie de „neajutorat”, „inofensiv” într-o altă situație în care își dorește să stârnească compasiunea, mila sau simpatia altora.

O altă deosebire între managementul impresiilor și iluziile pozitive este că în timp ce iluziile pozitive se leagă de trăsăturile de personalitate, cum ar fi optimismul și eficacitatea, apărând indiferent de context, dorința de a impresiona este activată de factori situaționali și apare doar în situația în care publicul este prezent. Managementul impresiilor este activat de motive temporare și de dorința conștientă de a se adapta



mai bine la mediul social. În schimb iluziile pozitive sunt rezultatul unor erori cognitive ale percepției sociale acestea fiind o trăsătură a sistemului cognitiv (memorie, atenție selectivă).

### **2.2.3. Sănătate mentală iluzorie și reacția autonomă la stres**

Dacă până acum era o întrebare tratată cu mult scepticism, astăzi apare ca și o certitudine faptul că între gândurile, emoții noastre și reacțiile la nivelul corpului fizic există o legătură strânsă. Numeroase studii au pus în evidență că ceea ce gândim are un impact direct asupra a ceea ce simțim, iar ceea ce simțim apare și la nivel fiziologic, iar acest impact este amplificat în situație de stres (pentru o trecere în revistă a acestor studii vezi Segerstrom, & Miller 2004). Stresul psihologic și reactivitatea la nivelul sistemului neuro-vegetativ la stres, ca trăsătură, sunt pe calea de a fi acceptate și de comunitatea medicilor ca fiind factori de risc pentru bolile somatice (Cohen & Herbert, 1996). Începând cu experimentele timpurii ale lui Schachter și Singer (1962) și până la cele ale lui Lazarus (Lazarus, 1991), s-a demonstrat că starea de activare fiziologică care apare în emoții este nespecifică. Nu există o activare neurovegetativă caracteristică fricii, alta caracteristică euforiei etc. Diferența dintre aceste stări este dată, în cea mai mare parte, de procesarea cognitivă care mediază efectul (pentru o sinteză vezi Segestrom & Smith, 2006).

În ceea ce privește rolul iluziilor pozitive în reglarea reacțiilor la stres la nivel neurobiologic, în literatură de specialitate au fost evidențiate două perspective contradictorii. Taylor et al. (2000) argumentează că iluziile pozitive contribuie în mod indirect la menținerea reacțiilor neurobiologice ale stresului la nivel optim (normal) iar oponenții spun că din moment ce iluziile pozitive reflectă negarea defensivă ar trebui să fie legate de reactivitate crescută la stres atât la nivel fiziologic, cât și neuroendocrin (Shedler et al., 1993; Cousineau & Shedler, 2006). Shedler et al. (1993) presupun că cei caracterizați de sănătate mentală iluzorie, reprezintă vulnerabilitate psihică și fizică la stres, iar iluziile pozitive (fiind o caracteristică a lor) facilitează reprimarea prin camuflarea distresului interior, rezultând în mod indirect în reactivitate crescută la stres. Potrivit ipotezei lui Shedler et al. (1993): „grupul de defensivi este caracterizat de o necesitatea de a se vedea pe ei înșiși ca bine adaptați la mediu, în ciuda faptului că ascund o vulnerabilitate crescută, iar adaptarea constă într-un efort ridicat, efort mai mare decât cel depus de persoanele cu adevărat sănătoase”(pag.1118). Cu scopul de a clarifica argumentele ce au dus la formulările ipotezelor noastre din Studiul 4, în continuare vom sintetiza succint cele mai importante rezultate obținute, legat de negarea defensivă a distresului și convingerile pozitive și consecințele acestuia la nivelul reacțiilor fiziologice și neuroendocrine.

### **2.2.4. Negarea defensivă, ca factor de risc**

Cei depistați ca având sănătate iluzorie se deosebeau în aspecte importante de cei cu sănătate reală. Atunci când au fost rugați să facă asociații verbale la stimuli cu conținut delicat sau amenințător (ex. sex, moarte, dragoste) aceștia răspundeau în mod defensiv (nu puteau da un răspuns, au înțeles greșit cuvântul stimul, au schimbat subiectul, au spus ceva, dar la urmă și-au retras cuvintele). Cei clasificați ca având sănătate mentală iluzorie, prin testele de laborator au manifestat reacții fiziologice (puls, tensiune arterială, nivel cortizol) mai semnificative decât cei cu un nivel scăzut al apărării, al

stilului defensiv. Diferențele la nivel cardiovascular între cei cu sănătate reală și sănătate iluzorie nu erau semnificative doar din punct de vedere statistic, dar și din punct de vedere medical.

Dacă până acum a și fost obiectul unor discuții considerate a fi mai mult speculative decât științifice, acum nu există nici o îndoială că suprimarea emoțiilor negative are costuri atât psihologice cât și fiziologice. Rezultatele și argumentele lui Cousineau & Shedler (2006) nu sunt deloc noi, ci fac parte integrală dintr-o vastă bază de date empirice și clinice care indică faptul că negarea defensivă a distresului are costuri fiziologice - pe termen scurt reflectându-se în reactivitate crescută a sistemului neuronal vegetativ, pe termen lung reflectându-se în susceptibilitate la boală (de exemplu; Pennebaker & Graybeal, 2001, Weinberg, 1990 pentru o trecere în revistă).

O serie de dovezi indică faptul că cei care tind să-și ascundă sentimentele lor adevărate (Hughes, Uhlmann & Pennebaker, 1994), să utilizeze tehnici represive (Wegner, Short, Blake, & Page, 1990), să încerce să remedieze problemele prin negare (Weinberger, Schwartz & Davidson, 1979) tulbură echilibrul fizic și psihic și mai devreme sau mai târziu, acestea duc la probleme ulterioare. Se presupune că efortul depus pentru reprimarea emoțiilor și a gândurilor negative conduce de fapt la activarea sistemului nervos autonom (Cohen și Herbert, 1996) iar fluctuațiile neuroendocrine pe termen lung conduc la reactivitate crescută la stres.

Gross și Levenshon (1997) au observat că efortul psihic depus pentru a reprima emoții negative a rezultat în activitate crescută a sistemului nervos vegetativ. În cadrul acestor studii s-a argumentat că represiia și supresiia nevrotică a gândurilor și emoțiilor negative pe termen scurt se manifestă în reactivitatea autonomă crescută însă acumulate pe termen lung se manifestă în susceptibilitatea la boală (Pennebaker & Susman, 1988). Rezultatele nu sunt doar corelaționale, datele indică faptul că înfruntarea (tratarea) gândurilor și emoțiile negative duce la o descreștere a arousalului autonom (Pennebaker & Beall, 1986) producând schimbări vizibile și la nivelul sistemului imunitar (Pennebaker & Watson, 1988). Pennebaker și Graybeal, (2001) au evidențiat că negarea defensivă nevrotică a gândurilor și emoțiilor negativă are costuri atât la nivel psihologic cât și fiziologic și neuroendocrin, fiind un factor de risc al susceptibilității la boală.

Se pare că la nivel subiectiv, în comparație cu subiecții neanxioși și foarte anxioși, cei cu stilul de coping defensiv trăiesc mai puține emoții negative (evaluare bazată pe jurnale) și au mai puține amintiri neplăcute din copilărie (Davis & Schwartz, 1987). Gross și Levenshon, (1997) au arătat că de fapt efortul psihic depus pentru a reprima un conținut emoțional perceput ca fiind amenințător rezultă în activitate crescută a sistemului nervos vegetativ. Alte studii au arătat că înfruntarea stresorului (fie gânduri sau emoții amenințătoare) duce automat la o descreștere a reacțiilor neurovegetative producând schimbări benefice sesizabile la nivelul sistemului imunitar (Pennebaker & Beall, 1986)

Rezultatele studiilor care au încercat să arate o legătură între nivelul scăzut de anxietatea/distres și imunitate, sunt condamnate la eșuare în cazul în care nu iau în considerare posibilitatea reprimării. Cercetările sugerează că utilizarea indusă de stres a celor trei mecanisme de apărare ar trebui să fie însoțită de creșteri ale reactivității autonome. O astfel de relație ar aduce un plus de susținere presupunerii că mecanismele defensive se declanșează ca răspuns la stresul psihic, în timp ce individul poate că nu fie conștient de funcționarea vreunuia dintre aceste sisteme de răspuns. De pildă, Weinstein, Averill, Opton și Lazarus (1968) au demonstrat că *represorii* (clasificați

pe scara Repression-Suppression a lui Byrne sau prin subscala de Negare din MMPI) au manifestat reactivitate autonomă mai mare în comparație cu subiecții evaluării prin autoevaluare ca fiind reactivi la amenințare. În răspunsul la factorii de stres, stilul de coping defensiv a fost corelat pozitiv cu un puls crescut activitate *electrodermică* crescută (Weinberger et al., 1979), nivele mai ridicate ale *cortizonului salivar* (Brown et al., 1996), nivelul lipidelor (Niaura et al., 1992, a.b) și nivelul *glucozei din plasma* (Jamner et al., 1991). Aceste rezultate au fost obținute în condiții de laborator prin experimente riguroase stabilind o relație cauzală între represie și reactivitate autonomă. În continuare vom sintetiza cele mai importante studii referitoare la relația mecanismelor defensive cu reacțiile neurovegetative la stres.

#### **2.2.5. Reactivitate electrodermală**

Într-un studiu care a utilizat discrepanța dintre scorurile obținute pe scala Marlowe-Crowe combinate cu scorurile de anxietate autoevaluată (sugerată de Weinberg, 1990), pentru a identifica represorii, s-a observat că acest grup dă dovadă de o reactivitate electrodermică ridicată, drept răspuns la stres, față de indivizii nondefensivi (Barger, Kircher & Croyle, 1997). Alte studii (ex. Gross & Levenson, 1997; Wegner, Broome & Blumberg, 1997) demonstrează că reprimarea emoțiilor rezultă într-un răspuns electrodermal crescut – indiferent dacă acesta este automat și inconștient (în cazul unei apărări inconștiente), sau reprimat conștient și intenționat, la comandă. În cadrul acestor studii cei care au fost educați să suprimă sau să controleze un răspuns emoțional au manifestat creșteri la nivelul conductanței pielii (SCL). Mai interesante sunt acele rezultate potrivit cărora în funcție de nivelul de maturitate al unui mecanism defensiv acesta afectează în mod diferit SCL. Speisman, Lazarus, Mordkoff & Davison (1964) au demonstrat că participanții încurajați să folosească intelectualizarea (conceptualizată ca fiind un mecanism defensiv mai matur) au obținut o reducere a SCL, în timp ce participanții instruiți să folosească apărarea imatură a negării problemei au manifestat o creștere în SCL. Aceste rezultate sugerează că nu toate tipurile de mecanisme conduc la reactivitate crescută, ba chiar unele pot fi eficiente în reducerea SCL.

#### **2.2.6. Reactivitate cardiovasculară**

Dintre indicatorii psihofiziologici cel mai bine studiați au fost corelatele cardiovasculare ale anxietății (Cohen & Benjamin, 2006). Acestea s-ar putea dovedi în particular interesante, dat fiind că apărarea a fost asociată cu o incidență semnificativ mai mare de morbiditate cardio-vasculară față de populația generală (Cohen & Benjamin, 2006).

În general reacțiile active comportamentale și de coping în condiții de stres au fost asociate atât cu creșterea tensiunii sistolice (SBP) cât și a presiunii diastolice (DBP) (Fowles, 1980). Mai târziu a fost demonstrat că atât copingul activ cât și cel pasiv rezultă în SBP și DBP ridicat, însă din motive hemodinamice diferite (Sherwood, Dolan & Light, 1990). Diferențele individuale la nivelul dispozițiilor psihice, inclusiv cel al defensivității, pot de asemenea contribui la reactivitatea CV. Astfel, la indivizi caracterizați de apărare dispozițională ce implică o serie de comportamente: suprimare, distanțare, inhibiție emoțională, reprimare și negare, toate acestea au fost asociate cu o creștere la nivel tensiunii (atât SBP cât și DBP) în condiții de stres (ex. Fontana &

McLaughlin, 1998). Potrivit lui Schwartz (1990) utilizarea unor *mecanisme diferite* de apărare pot avea diferite consecințe la nivel CV: „în timp ce toate mecanismele de apărare implică un proces comun de reprimare, ele variază prin nivelele lor de complexitate și astfel vor varia și în nivelele de consecință asupra persoanei.”

Cercetările efectuate până în prezent au demonstrat faptul că în cazul persoanelor suferind de așa-numitele boli psihosomatice există o serie de trăsături de personalitate cu rol permisiv față de stresul psihic (Segerstrom, & Miller 2004). Specialiștii sunt de părere însă că împotriva unor profiluri psihosomatice proprii fiecărei boli în parte, dar iau în considerare existența unui *profil general al personalității* bolnavului (Solberg & Segerstrom, 2004). Cunoașterea vulnerabilității personalității față de acțiunea factorilor stresori este, însă, deosebit de importantă, deoarece această caracteristică este una individuală, ce diferențiază persoanele între ele și în măsura în care este cunoscută, poate fi controlată și ameliorată.

Cele mai multe date provin din studiile legate de personalitatea de tip A. Personalitatea de tip A este recunoscută ca fiind mai susceptibilă la boli cardiovasculare în comparație cu alte tipuri de personalități (B sau C). Acești oameni deși la prima vedere par să fie încrezători, curajoși, autoritari, hotărâți, la o evaluare psihologică mai atentă straturile mai profunde ale personalității lor evidențiază insecuritate, vulnerabilitate, sensibilitate aparte. Studiile arată că aceste laturi mai ascunse sunt greu accesibile atât pentru pacienții cât și pentru terapeuți, fiind reprimare și camuflate prin diverse mecanisme de apărare. Studiile relevă faptul că în urma psihoterapiei focusate pe exprimarea laturilor vulnerabile, prevalența unui al doilea atac de cord se reduce cu 50% în comparație cu grupele de control tratate doar prin medicație tradițională (Segerstrom, 2003 pentru o trecere în revistă al acestor studii).

Observațiile clinice și studiile de caz vin în completarea datelor obținute de cercetări de laborator. De pildă, McDougall și Coen (2000) au observat că la copiii mici emoțiile sunt adeseori exprimate la nivel somatic (durere de stomac, gât, cap). Acest efect apare mai des la vârstele sub 7 ani la vârsta la care operațiile logice nu sunt încă dezvoltate, iar copilul mic încă nu poate verbaliza emoțiile și gândurile asemănător unui adult. Așadar, copilul mic dispune de instrumente limitate pentru prelucrarea și ameliorarea distresului care în consecință își găsesc calea de exprimare prin căi mai primitive. Cum copilul învață să-și exprime nevoile și să-și descarce frustrările în mod simbolic, exprimarea se transpune din plan somatic în plan abstract. McDougall și Coen (2000) susține că acest lucru este la fel și la vârsta adultă. În cazul în care emoțiile negative nu pot fi exprimate, energia negativă acumulată în urma lor nu poate fi descărcată pe plan psihic (prin verbalizare, restructurare cognitivă, simbolizare, artă etc.), fie din cauza mecanismelor de apărare, fie din cauza altor blocaje psihice, energia va căuta căi de exprimare mai primitive și anume pe plan somatic. La vârsta adultă reprimarea emoțiilor pe plan psihic, și exprimarea sistematică a emoțiilor negative pe plan somatic (somatizarea) pot conduce la apariția unor boli cronice.

Studiile descrise sintetic în această secțiune demonstrează faptul că supresia gândurilor este un factor prezent într-o gamă variată de probleme și tulburări mentale. Sănătatea mentală iluzorie este un conglomerat de simptome care cuprind un stil defensiv implicând de asemenea mecanismele de strategii de evitare, represie supresie. Cu toate acestea, datele sunt departe de a fi clare și de a îndreptăți postularea unui rol patogenetic al supresiei în aceste tulburări.

## Concluzii

Cu toate că dovezile empirice referitoare la relația iluziilor pozitive cu componentele sănătății mentale sunt convingătoare, critica de specialitate subliniază că perspectiva contemporană s-ar baza pe erori conceptuale și metodologice.

1. Datele existente în prezent referitoare la iluziile pozitive sunt greu generalizabile: studiile care au vizat iluziile pozitive au folosit loturi de studenți, rezultate care însă nu pot fi generalizate la întreaga populație. Mai mult, cercetările au fost efectuate pe studenți din universități renumite cum ar fi Berkley sau UCLA, ceea ce constituie un motiv întemeiat ca acești studenți să se considere deasupra mediei.
2. O altă critică importantă se referă la faptul că sănătatea mentală a fost măsurată prin criterii prea înguste (respectiv lipsa afectivității negative). Există foarte puține studii care au măsurat relația iluziilor pozitive cu resursele psihice, iar dimensiunea cognitivă nu a fost luată de loc în considerare.
3. Cea mai acută critică se referă însă la faptul că „lustrul iluzoriu” al datelor se datorează celor care au tendința de a răspunde în mod dezirabil, defensiv pe scalele de autoevaluare.

În baza criticilor, se pune problema dacă beneficiile iluziilor pozitive menționatele sunt într-adevăr o condiție a sănătății mentale sau dacă ele reflectă doar tendința generală de camuflare a vulnerabilității eu-lui.

## 2.3. PARADIGME DE EVALUARE ALE DEFENSIVITĂȚII

Mecanismele de apărare, autoamăgirea, și acele comportamente pe care la un loc le denumim apărare, deschid cutia Pandorei în privința bănuielilor ce evidențiază metodologia de autoevaluare. Apoi ne amenință cu posibilitatea costisitoare și îndelungată de interviuri, teste proiective și monitorizare psihologică ca metode convergente necesare. Rezultatele arată că anumite persoane, cu toate că obțin scoruri „bune” pe scale de autoevaluare, clasificându-se în intervalul „sănătos”, pot să sufere de diverse tulburări afective care sunt însă camuflurate de mecanismele defensive (Westen & Weinberger 2004; Thomas, Turkheimer & Oltmans, 2003).

Cousineau & Shedler (2006) argumentează că scalele de autoevaluare populare și des folosite în scopuri de cercetare eșuează prin a detecta formele de exprimare mai subtile ale distresului psihologic din cauză că sunt prea directe și transparente - în sensul că se poate bănuși ce anume măsoară. Transparența poate declanșa și activa mecanismele defensive, conștiente sau inconștiente, la o anumită categorie de persoane. Rezultatul este îndoielnic doar atunci când scorurile se poziționează în intervalul „sănătos”. Între aceste scale se enumeră scalele de depresie, de anxietate și instrumentele care măsoară încrederea în sine, optimismul, eficiența sinelui etc. Adeseori, sunt abordate ca măsurând diferite lucruri, dar ele într-adevăr pot fi coroborate destul de mult între ele, evaluând în fine sănătatea mentală (Westen & Weinberger 2004). De asemenea, există o mare posibilitate ca și studiile de validare ale acestor scale de autoevaluare să fie biasate, deoarece persoanele defensive se comportă defensiv nu numai în situații de testare dar și în situații de viață. Acele trăiri și mecanisme defensive, care

## Concluzii

Una dintre concluziile care derivă din discuția de mai sus este aceea conform căreia adoptarea unei strategii de *coping* funcțional/disfuncțional reprezintă un punct central de dezacord între cele două perspective: tradițională versus contemporană. În timp ce în concepția perspectivei de contemporane de „adaptare”, iluziile pozitive sunt conceptualizate ca fiind resurse care generează mecanisme de coping adaptative, în situații dificile de viață, în perspectiva tradițională de „apărare”, iluziile pozitive sunt văzute drept catalizatoare de mecanisme de coping disfuncționale. Cu toate că suntem convinși de faptul că iluziile pozitive nu fac parte din acele distorsionări, care sunt „generate” de sentimente de insecuritate, vulnerabilitate etc., nu excludem ideea că iluziile pozitive pot juca rolul unor mecanisme de apărare în unele situații dificile de viață la unii dintre noi. O cale posibilă de a reconcilia contradicțiile apărute este *abordarea schemelor cognitive din spatele iluziilor pozitive*. Credem că, în general, iluziile pozitive reflectă o percepție de sine sănătoasă, asociată cu componente ale sănătății mentale. Însă, atunci când se asociază cu vulnerabilitatea, nevoia de acceptare și dezechilibrul psihic, ele pot reflecta de fapt apărarea.

## SINTETIZA CAPITOLELOR 1 ȘI 2

Referitoare la relația iluziilor pozitive cu sănătatea mentală au fost evidențiate două perspective simultane competitive contradictorii:

### 1. Iluziile pozitive sunt un element cheie și o condiție a sănătății mentale.

Modelul dezvoltat în baza *Teoriei adaptării cognitive* a lui Taylor și asociații. presupun că iluziile pozitive joacă pe de o parte rolul unor amortizoare ce protejează imaginea de sine în perioade stresante, contribuind la înfruntarea mai eficientă a problemelor, iar pe de altă parte ele au funcția de a facilita dezvoltarea încrederii în sine și a dimensiunilor acesteia, de a menține credințele pozitive despre eficacitatea personală. Vom denumi această perspectivă **„Perspectiva de Adaptare”**. Prin *Perspectiva de Adaptare* înțelegem acele modele, presupuneri și cercetări empirice care susțin rolul adaptativ al iluziilor pozitive.

### 2. Iluziile pozitive sunt un simptom al dezadaptării la nivel psihic.

În cadrul acestei concepții (vezi critica teoriei adaptării cognitive) iluziile pozitive se asociază cu dezechilibrul la nivel afectiv, cognitiv și social (Colvin et al., 1995; Paulhus, 1998; Shedler et al., 1993; Cousineau & Shedler, 2006). Din această perspectivă s-a clarificat în mod particular concepția bazată pe teoriile psihanalitice, și anume că rolul iluziilor pozitive este apărarea, camuflarea, ascunderea vulnerabilității. Simplificând, logica acestei perspective este următoarea: dacă iluziile pozitive (distorsionările) apar, înseamnă că este nevoie de apărare. Dacă este nevoie de apărare înseamnă că organismul se simte atacat sau este dezechilibrat. Dacă organismul este dezechilibrat, iluziile pozitive nu pot fi asociate cu sănătate mentală ci cu maladaptare. Această perspectivă va fi denumită **„Perspectiva de Apărare”**. Înțelegem prin ea acele modele, presupuneri și cercetări empirice care susțin că funcția iluziilor pozitive este aceea de camuflare a vulnerabilității.

A fost pusă în evidență și o a treia perspectivă care susține că iluziile pozitive se află în relație curbilinie cu sănătatea mentală (denumită „**Perspectiva Limita Optimă**” – Baumeister, 1989). Această perspectivă fost recunoscută și de către Taylor și asociații, fiind integrată în teoria adaptării cognitive.

Credem că atitudinea pozitivă/convingerile pozitive nu înseamnă optimism orb, superficialitate și naivitate în abordarea problemelor sau indiferență. Atitudinea pozitivă față de sine și viață este un mod de a percepe, înțelege și de a te bucura de viața, în baza unei sume de principii realiste și optimiste în același timp. Argumentăm că nu nivelul de distorsionare pozitivă a evaluării de sine este cel care determină dacă iluzia este legată de consecințele sale, ci, dimpotrivă, consecințele sunt legate de motivația din spatele iluziilor pozitive.

Evaluarea respectiv confruntarea celor două perspective se va realiza prin următoarele căi:

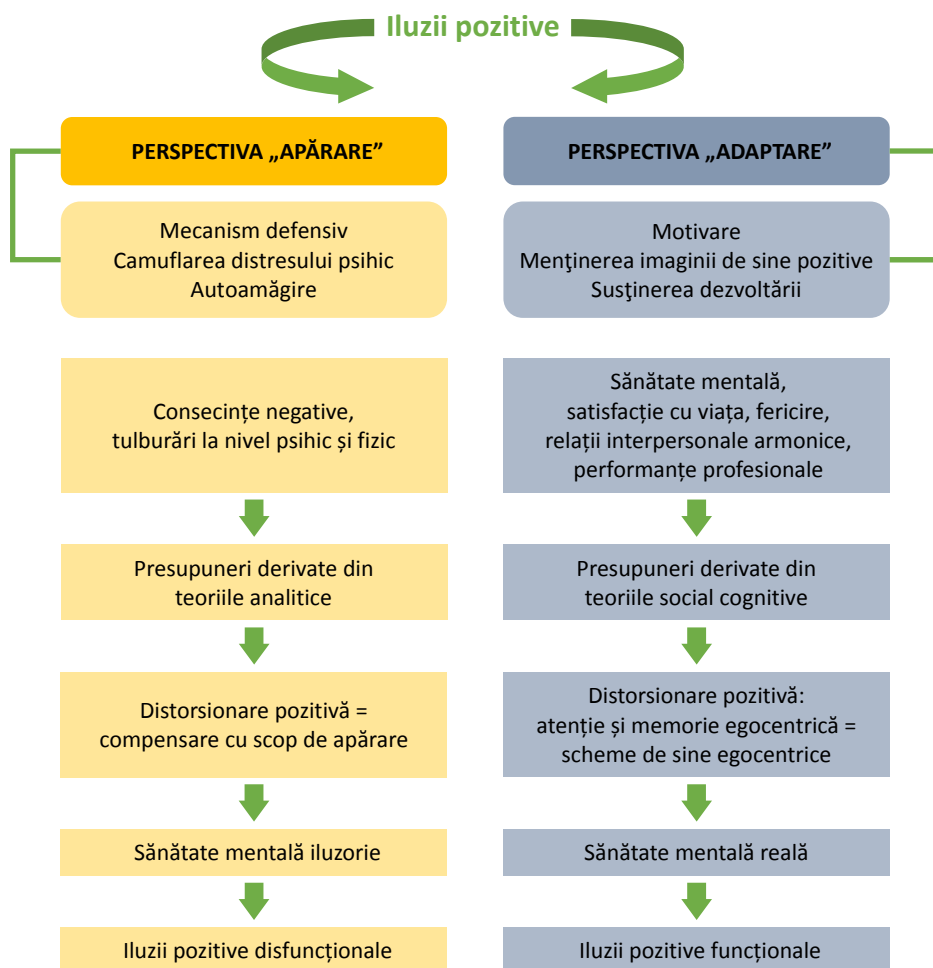
*Studiul 1* are ca obiectiv general explorarea relației iluziilor pozitive cu dimensiuni ale adaptării psihice prin introducerea unor dimensiuni adiționale față de studii precedente, realizând prin aceasta o apropiere de criteriile sănătății mentale stabilite atât de perspectiva tradițională, cât și de cea contemporană. Vom controla stilul defensiv, prin utilizarea paradigmei de răspundere dezirabilă. Vom testa ipotezele potrivit cărora iluziile pozitive se asociază cu auto-amăgire și managementul impresiilor.

În *Studiul 2* cele două perspective sunt confruntate prin studiul fenomenului de „sănătatea mentală iluzorie”, considerat de către noi un element cheie în reconcilierea rezultatelor contradictorii. În cadrul acestui studiu vom testa ipoteza potrivit căreia: (1) iluziile pozitive sunt caracteristice celor cu o stimă de sine fragilă și cu o personalitate vulnerabilă (sănătate mentală iluzorie); (2) iluziile pozitive sunt caracteristice celor cu o stimă de sine stabilă (sănătate mentală reală).

În *Studiul 3* se va urmări observarea asocierii iluziilor pozitive cu anxietatea camuflată la cei cu sănătate mentală iluzorie și sănătate mentală, cu diferența că în acest caz paradigma experimentală utilizată este cea a detectării anxietății prin biasări atenționale. În cadrul acestui studiu vom testa ipoteza conform căreia: (1) iluziile pozitive se asociază cu stres latent sau (2) negarea defensivă se asociază cu stres latent.

*Studiul 4* va transpune dezbaterile referitoare la rolul benefic al iluziilor pozitive pe plan fiziologic. Vom testa ipotezele potrivit cărora: (1) iluziile pozitive au costuri fiziologice; (2) sănătatea mentală iluzorie are costuri fiziologice.

Figura 1 – Perspectiva de apărare versus adaptare





## CAPITOLUL 3

### ILUZII POZITIVE SAU SĂNĂTATE MENTALĂ ILUZORIE? DEZVOLTAREA UNUI MODEL TEORETICO-EXPERIMENTAL

#### 3.1. STUDIUL 1. RELAȚIA ILUZIILOR POZITIVE CU SĂNĂTATEA MENTALĂ

Studiul 1 extinde conceptul de adaptare psihică, prin introducerea unor dimensiuni adiționale față de studii precedente, realizând prin aceasta o apropiere de criteriile sănătății mentale stabilite, atât de perspectiva tradițională cât și de cea contemporană.

- vom clarifica marginea optimă a iluziilor pozitive diferențiind între iluzii exagerate și iluzii medii, respectiv lipsa acestora în relație cu măsurătorile sănătății mentale;
- pe lângă dimensiunea de afectivitate negativă, vom introduce componenta de afectivitate pozitivă, resurse pozitive și dimensiunea cognitivă, măsurând: satisfacția cu viața, sentimentul de autorealizare și perspectiva asupra vieții, controlul și stima de sine, strategii de coping; schemele cognitive centrale, atitudini disfuncționale, gândurile automate.
- stilul defensiv în acest studiu va fi abordat prin utilizarea unei scale care măsoară tendința de a răspunde într-un mod dezirabil din punct de vedere social.

##### 3.1.1. Obiective și ipoteze

*Studiul 1* are ca obiectiv general investigarea relației iluziilor pozitive în raport cu dimensiuni ale sănătății. Pe plan teoretic rezultatele vor contribui la întărirea robusteții fenomenului prin includerea unor dimensiuni adiționale ale adaptării psihice și prin studierea acestei relații într-un context cultural diferit. În plan practic, studiile prezente vor contribui la colectarea informațiilor privind elaborarea unor strategii mai eficiente de a reduce a distresului psihic.

- Bazat pe teoria adaptării cognitive am pornit de la ipotezele că: prezența iluziilor pozitive va fi pozitiv asociată cu dimensiuni ale adaptării psihice, iar lipsa acestora cu dezadaptare la nivel psihic.
- Presupunem că iluziile pozitive generează afectivitate pozitivă, contribuie la menținerea imaginii de sine și a satisfacției cu viața și facilitează adoptarea unor mecanisme de coping funcționale.
- Bazat pe perspectiva marginii optime a iluziilor pozitive și teoriile tradiționale presupunem că relația iluziilor pozitive cu componente ale sănătății mentale va fi în curbă în U, astfel: nivelele ușoare și moderate de iluzii pozitive vor fi asociate cu dimensiuni ale adaptării psihice, iar nivelele scăzute și ridicate vor fi asociate cu dezadaptare la nivel psihic.

- Bazând ipotezele pe teoriile clasice ale sănătății mentale<sup>13</sup> am presupus că cei care sunt satisfăcuți cu viața lor și evaluează viața lor ca fiind pozitivă (self actualising people), se simt realizați de fapt nu au nevoie de iluzii pozitive.
- În ceea ce privește „contaminarea pozitivă”, am așteptat ca aceia care vor obține un scor crescut atât în privința iluziilor pozitive cât și în privința dezirabilității sociale să obțină un scor mai scăzut de sănătate mentală.

### 3.1.2. Metoda

#### 3.1.2.1. Participanți

Studiul 1 vizează populația generală adultă nonclinică. Numărul final de participanți în studiu a fost  $N = 1737$  (1298 femei, 439 bărbați), cu vârsta cuprinsă între 16–54 ani (vârsta medie fiind 31,5). Participanții aparțin în marea lor majoritate din Transilvania, provenind din județele Covasna, Harghita, Mureș, Brașov, Satu Mare, Cluj, Sibiu (pentru caracteristicile ce privesc datele demografice ale participanților vezi Tabelul 1). O parte dintre participanți au fost studenți recompensați pentru participare prin recunoașterea unor activități de profil prevăzute în curricula școlară. Ceilalți subiecți au fost incluși în studiu pe bază de voluntariat, selecționați de studenții voluntari care au primit informații prealabile referitoare la selectarea acestora. Criteriile de excludere au fost următoarele: nu puteau participa persoane care sufereau de o boală psihică severă (psihoze, nevroze), persoanele care se aflau sub tratament cu medicamente psihoactive, persoanele care sufereau de boli cronice și se aflau sub tratament medicamentos și persoanele care sufereau de dependență de substanțe aditive.

Tabelul 1 – Caracteristici demografice ale lotului

| N = 1737              | Vârsta                  | Sex                    | Studii                  | Mediu                 |
|-----------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|
| M = 31.5<br>SD = 8.93 | 18–25<br>545 (31.4%)    | Bărbați<br>439 (25.5%) | Generale<br>117 (8%)    | Urban<br>1224 (71.3%) |
|                       | 25–40<br>874 (50%)      | Femei<br>1298 (74.5%)  | Medii<br>605 (35%)      | Rural<br>481 (27.6%)  |
|                       | peste 40<br>318 (18.3%) |                        | Superioare<br>815 (47%) |                       |
|                       |                         |                        | 207 (10%)               | 19 (1%)               |

#### 3.1.2.2. Procedură și instrumente

În sesiunea de testare, participanții au primit un plic care conținea: (a) scrisoarea introductivă în care se explica scopul aparent al cercetării, drepturile participanților, confidențialitatea, timpul necesar pentru completare; (b) un formular prin care se cerea participantului să semneze participarea de bună-voie; (c) un formular prin care se solicitau date demografice; (d) scalele iluziilor pozitive și măsurătorile de sănătate mentală. Fiecare plic avea tipărit un cod de identificare pentru păstrarea confidențialității și pentru identificarea participantului în vederea celei de-a doua etape a testării. În urma testării, subiecții au primit informații referitoare la natura și scopurile cerce-

<sup>13</sup> Vezi presupunerile lui Maslow (1950, 2003) Rogers (1961, 1980, 2006), Allport (1985)

tării. Sesiunea de testare a fost efectuată cu implicarea studenților voluntari de la Facultatea de Psihologie și Științele Educației, secția Psihologie<sup>14</sup>.

*Distresul psihic și afectivitatea negativă* au fost măsurate cu *Inventarul de depresie Beck* (BDI, Beck et al. 1961, preluat din traducerea Kopp și Foris 1993, *apud.* Perczel, Kiss, Ajtay, 2005); *Scala de anxietate Spielberg* (State Trait Anxiety Inventory, STAI, Spielberger, 1975, preluat din traducerea și adaptarea lui Sipos & Sipos, 1978, *apud.* Perczel, Kiss, Ajtay, 2005) și *Scala de Neuroticism a lui Eysenck* (preluat din traducerea și adaptarea lui Eysenck & Matolcsi, 1984). Aceste scale au fost alese pentru faptul că sunt proprii evaluării populației nonclinice, depistează fiabil persoanele cu distres psihic, sunt ușor de aplicat la grupe extinse și oferă un grad ridicat de încredere în ceea ce privește populația vizată.

Măsurătorile de *afectivitate pozitivă și resurse psihice* pozitive includ *Scala încrederii în sine Rosenberg* (Rosenberg Self Esteem Inventory, Rosenberg, 1965); *Scala de Optimism* (LOT, Scheier & Carver, 1985), *Scala locul controlului* (LOC, Locus of Control Scale, Rotter, 1966); *Scala de satisfacție cu viața* (SWLS, Diener, Emmons, Larsen și Griffin, 1985, traducere aut.) și *Scala sensuri ale vieții LRI* (Life Index Regard, Batista & Almond, 1973). Scalele au fost alese deoarece satisfacția cu viața și găsirea sensului în viață sunt considerate componente cheie ale stării de bine și ale sănătății mentale. Scala SWLS are aplicabilitate la o varietate largă de persoane, de la adolescenți la persoane mai în vârstă, cu o varietate extinsă de probleme. La cei 5 item ai scalei SWLS, am adăugat doi itemi care am presupus că ar fi legați de nucleul stării de bine, de dorința de a trăi. Acești doi itemi vor fi însă tratați separat de scală. Itemii sunt: „aș dori să trăiesc o viață lungă” și „câteodată mă gândesc că nici nu merită să trăiesc”.

Pentru controlarea dispoziției emoționale și ca variabilă moderatoare (sau mediatore), a fost aplicată *Scala POMS* (Profile of Mood States Shoth Version, Sacham, 1983, în: DiLorenzo, Bovbjerg, Montgomery, Valdimarsdottir, & Jacobsen, 1999). Pentru evaluarea strategiilor de coping în rol de resurse psihice a fost aplicată *Scala B-COPE* (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) care evaluează strategiile de coping. Aceste măsurători oferă indicii asupra resurselor psihice utilizate de persoană și servesc și ca punct de referință în studierea imaginii de sine iluzorii, a controlului și a optimismului iluzoriu. Participanții au completat de asemenea o scală, *Scala BIDR* (Balanced inventory of desirable responding, Paulhus, 1994) care măsoară ambele forme ale dezirabilității sociale (managementul impresiilor și autoamăgirea)

*Adaptarea cognitivă* a fost măsurată prin *Scala de Atitudini Disfuncționale* (Dysfunctional Attitude Scale, DAS, Weismann & Beck, 1980, *preluat de la* Perczel, Kiss, Ajtay, 2005); *Scala de gânduri automate* (Automatic Thought Questionary, ATQ, Hollon & Kendall, 1980, *preluat de la* David, 2007). Aceste scale au fost selectate pentru că evaluează vulnerabilitatea cronică la afectivitate negativă și măsoară cognițiile rigide, neadecvate. Scala DAS, în baza teoriei cognitive a lui Beck (1976), a fost construită în așa fel încât să (re)prezinte șapte sisteme de valori: aprecierea, iubirea, performanța, perfecționismul, omnipotența și autonomia. Ea a fost aleasă din două motive: pe de o parte, ea identifică acele distorsiuni cognitive care conduc la depresie, respectiv identi-

---

<sup>14</sup> Participarea în cercetare a fost o sarcină opțională, făcând parte din pregătirea practică la materiile Psihologia dezvoltării (anul II) și Psihologie clinică și psihoterapie (anul III și IV). Studenții implicați în cercetare au primit informațiile necesare despre chestionare, inventare și teste<sup>14</sup>. În continuare vom descrie detaliat instrumentele folosite în acest studiu, respectiv vom prezenta statistica descriptivă și studiile de fidelitate la fiecare scală aplicată.

fică acele atitudini disfuncționale care conform presupunerii noastre pot sta la baza iluziilor pozitive neadaptative. Deoarece măsoară atitudini disfuncționale legate de cogniții distorsionate pozitive (mustorborny believes), aceasta va fi foarte utilă și în detectarea persoanelor care au iluzii pozitive disfuncționale, în spatele cărora se află atitudini disfuncționale de tip „dacă nu sunt perfectă, nu merit să trăiesc”.

### 3.1.2.3. Descrierea instrumentelor

Scalele de iluzii pozitive și scala BDI au fost descrise în cadrul Studiului 1 (secțiunea 1.3.) Studiul de fidelitate a scalei de CI efectuat pe eșantionul prezent a indicat o validitate și fidelitate foarte bună (*Cronbach  $\alpha$  = .92*). Studiul de fidelitate a scalei ISI efectuat pe eșantionul prezent (*N = 1737*) indică o fidelitate foarte bună (*Cronbach  $\alpha$  = .88*). Studiul de fidelitate a scalei de OI efectuat pe eșantionul prezent a indicat o fidelitate foarte bună (*Cronbach  $\alpha$  = .74*).

#### 3.1.2.3.1. Scala de Imagine de sine Iluzorie (S-ISI)

La baza scalei au stat itemii elaborați de Taylor și Gollwitzer (1995) revizuiți de Taylor et al. (2003), pe care ulterior au denumit scala HSM (How I see myself) (vezi tabel). HSM- ul a fost selectat din pricină că are o validitate foarte bună, ea corelând mai bine cu măsurătorii sănătății mentale ca alte scale care măsoară întărirea imaginii de sine (Taylor, Lerner, Sherman, Sage & McDowel, 2003). Itemii au o scală de răspunsuri cu 7 variante: 1 = mult mai puțin caracteristic, 7 = mult mai caracteristic. În mod obișnuit nu se folosește scala continuă ci se calculează media, itemii negativi fiind cotați invers. Răspunsurile totale peste medie (4 = a fi la fel de bun ca persoana de comparație) reflectă imaginea de sine iluzorie.

Scala de Imagine de Sine iluzorie finală conținea o listă de 60 itemi (trăsături de personalitate și abilități), din care: 10 trăsături tipic colectivi (loial grupului, devotat), 10 tipic individuali (independent, rebel), 5 comportamente individuale (a urmări propriile obiective) 5 colectivi (a se subordona obiectivelor colectivului), 10 foarte atractivi din punct de vedere social (popular în cercul sexului opus) și 10 itemi pozitiv formulați, dar mai puțin atractivi din punct de vedere social 26 de itemi formulați pozitiv (deștept) și 26 negativi (neîndemânatic), 10 itemi subiectivi (creativ, spiritual), 10 obiectivi (performanțe sportive). Scalele de iluzii pozitive au fost adaptate de noi, o descriere mai amănunțită a scalei se găsește în volumul I.

#### 3.1.2.3.2. Scala de Control Iluzoriu (S-CI)

Controlul iluzoriu a fost măsurat de *Illusion of Control Scale* (Scala de control iluzoriu) dezvoltată de Kimmel & Kaniasty (1996) care evaluează percepția controlului personal asupra sinelui și a evenimentelor sociale negative. Scala conține 15 itemi din care 6 măsoară percepția controlului asupra evenimentelor negative relevante persoanei, de exemplu: „a deveni alcoolic”, sau „a deveni diabetic”; 9 itemi pun accentul asupra evenimentelor negative din exterior, de exemplu: „să divorțeze soțul /soția” sau „prieteni și familia să te abandoneze la nevoie”. Scala de control iluzoriu a fost completată cu 5 itemi care se refereau la evenimente legate de persoane importante (membrii familie, prieteni, rude). Răspunsurile puteau fi date pe o scală de 7 grade, unde (1 = complet necontrolabile, iar 7 = complet controlabil). Itemii negativi erau cotați invers.

Controlul iluzoriu de regulă nu se utilizează cu instrucția de comparație socială, fiindcă controlul iluzoriu se referă în esență la sentimentul subiectiv că deținem controlul situațiilor asupra cărora în mod real nu avem control (de exemplu: starea vremii în concediu, câștigarea loteriei, evitarea unei catastrofe etc.)

Scala de control preluată de la Kimmel și Kaniasty (1996) conținea doar doi itemi care se refereau la un eveniment negativ legat de comunitate „*Să fiu abandonat(ă) de prieteni și familie*” și „*Să divorțez (curând după căsătorie)*”. Acest ultim item a fost inclus în analiză fiindcă în mediu cultural colectiv încă reprezintă un eveniment cu o încărcătură extrem de negativă. Itemul „copii mei să se întoarcă împotriva mea” deși se referă la alte persoane importante este un item general valabil deci nu l-am inclus în comparație. Itemi „colectivi” adăugați au fost: „Să pierd respectul colegilor din vina mea”, „Să am multe conflicte cu prietenii mei”, „Colegii mei să se întoarcă împotriva mea” Cele individuale adăugate au fost „Să câștig la loto”, și „Să nu iau un examen/proiect de muncă foarte important pentru mine”.

#### 3.1.2.3.3. Scala de Optimism Iluzoriu (S-OI)

În evaluarea optimismului iluzoriu se folosesc evenimente pozitive și negative referitoare la viitor, în timp ce participantul primește instrucțiuni pentru a-și evalua propria șansă de a avea parte sau de a evita evenimentele respective, în comparație cu o altă persoană.

La baza scalei a stat scala de *Unrealistic Optimism Scale* (Optimism Nerealist) elaborat inițial de Weinstein (1980). Scala a fost utilizată în mai multe studii în variante nenumărate, indicând mereu o consistență internă între bun și foarte bun. Scala conține 18 itemi referitori la ce se poate întâmpla în viitor. Din acești itemi, 9 se referă la evenimente pozitive, de exemplu: „cândva în viitor voi obține locul de muncă ideal pentru mine”, iar ceilalți 9 se referă la evenimente negative, de exemplu: „cândva în viitor voi deveni victima unui accident de mașină”. Persoanele, conform instrucțiunilor, sunt rugate să evalueze care este posibilitatea ca ei să aibă parte/sau să evite în viitor aceste evenimente în comparație cu o persoană de aceeași vârstă, statut și sex. Opțiunile de răspunsuri puteau fi date pe o scală cu 7 gradații unde (1 = șanse mult mai puține, 4 = aceleași șanse, 7 = șanse mult mai bune).

Scala de optimism iluzoriu a fost modificat și adaptat de autoare, completat cu încă 12 itemi care se refereau la evenimente legate de persoane importante (membrii familiei, prieteni, rude). În mod obișnuit nu se folosește scala continuă ci se calculează media, itemii negativi fiind cotați invers. Răspunsurile totale peste medie (4 = a fi la fel de bun ca persoana de comparație) reflectă imaginea de sine iluzorie. În consecință, scorurile mari la caracteristici pozitive vor însemna grade mai ridicate de iluzii pozitive. Instrucțiunile de la scala de Optimism Iluzoriu de asemenea au fost modificate. Deoarece această persoană generală nu este specificată, subiectul poate să se compare (folosind comparația socială downward) cu o persoană care este evident mai slabă ca el (sau cu un statut social inferior). Din cauza acestui fapt, instrucțiunea a fost modificată, de la „o altă persoană generală” la „o altă persoană generală de aceeași vârstă, sex și statut social”.

#### 3.1.2.3.4. Scala de Anxietate Spielberg (STAI)

Scala de anxietate STAI- X2 (State Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, 1975; *preluat de la* Perczel, Kis & Ajtai, 2001) este alcătuită din 20 de descrieri pe baza cărora oamenii exprimă modul în care se simt în general. În studiul prezent am folosit traducerea maghiară făcută de Sipos și Sipos (1978). Scorurile posibile pentru forma X a STAI variază de la un scor minim de 20 de puncte la un scor maxim de 80, în ambele subscale A-stare și A-trăsătură. Subiecții răspund la fiecare item al STAI, evaluându-se pe o scală cu 4 puncte. STAI s-a dovedit a fi util în măsurarea anxietății la studenți, precum și la pacienți din domeniul neuropsihiatric, cei din clinicile medicale sau din serviciul de chirurgie. STAI a fost adaptat la populația maghiară de Sipos și Sipos (1978). Conform standardelor, pe populația maghiară (Ungaria) media la bărbați este  $m = 46.96(7.78)$ , iar în cazul femeilor  $m = 45.37(7.97)$ . Scorul minim la STAI este de 20 de puncte, iar scorul maxim 80. Pentru populație românească a fost adaptat de Iliescu și Pitariu (2007). Scala oferă posibilitatea depistării înclinațiilor anxiogene, la studenții din învățământul superior sau din colegiu, precum și a evaluării cu care studenții care apelează la serviciile de consiliere și orientare, se confruntă cu probleme de tip nevrotic sau anxiogen. Statistica descriptivă a scalei a evidențiat la lotul prezent următoarele valori: minimum 21.00, maximum 79.00,  $m = 46.97$   $SD = 9.42$ . Consistența internă a scalei pe eșantionul prezent indică următoarea valoare *Cronbach  $\alpha = .87$* .

#### 3.1.2.3.5. Scala de Atitudini Disfuncționale (DAS)

Scala de Atitudini Disfuncționale (Dysfunctional Attitude Scale, DAS, Weisman & Beck, 1980 *in* Perczel, Kis & Ajtai, 2001) este o scală de autoevaluare alcătuită din 40 de item și măsoară vulnerabilitatea cognitivă la tulburări psiho-comportamentale. În studiul prezent am utilizat varianta prescurtată, de 35 itemi, cu cotare pe o scală de 1-5, tradusă în limba maghiară de Kopp (1985, *apud*. Perczel, Kis & Ajtai, 2001). Itemii scalei sunt astfel construiți ca ei să reprezinte cele 7 sisteme de valori: aprecierea (aprobarea), nevoia de iubirea, nevoia de performanțe, perfecționismul, omnipotența și autonomia.

Calitățile psihometrice ale scalei s-au păstrat și în cazul adaptării sale la populația românească, sănătoasă sau clinică (Macavei, 2006). Cu itemii neomiși, scorul total pe DAS variază între -70 și +70, scorurile mai înalte însemnând grade de convingeri și atitudini disfuncționale mai puternice, iar scorurile mai mici (sub 0) însemnând convingeri și atitudini mai adaptative (distorsiuni cognitive scăzute). Rezultatele studiilor de validitate indică o consistență internă excelentă variind între .84 - și .92. Stabilitatea la interval de 8 săptămâni test - retest variază între .80 și .84 indicând o stabilitate excelentă. Consistența internă a scalei pe eșantionul prezent indică următoarea valoare DAS Cronbach  $\alpha = .87$ . La eșantionul prezent ( $N = 1737$ ) scorurile au variat între 3 și 146, cu o medie de 70.64 ( $SD = 16.96$ ). Consistența internă a scalei a fost Cronbach  $\alpha = 86.6$

#### 3.1.2.3.6. Chestionarul gândurilor automate

Chestionarul gândurilor automate (Automatic thoughts questionnaire - ATQ, Hollon & Kendall, 1980, *preluat de la*. David, 2007) măsoară frecvența gândurilor automate negative. Scorul obținut la test indică frecvența gândurilor automate negative referi-

toare la propria persoană, gânduri asociate teoretic cu depresia. Fiecare din cei 15 item este cotate pe o scală de la 1 la 5, unde 1 înseamnă „niciodată”, iar 5 înseamnă „aproape întotdeauna”. Scorul total la ATQ poate fi obținut prin adunarea scorurilor notate la fiecare item în parte. Scorurile pot varia între 15 și 75. Cu cât scorul este mai mare, cu atât frecvența gândurilor automate negative este mai mare. Datele colectate în cadrul unui studiu realizat pe populație românească (in. David, 2007) au permis determinarea măsurii în care gândurile automate se asociază cu trăiri emoționale negative, respectiv cu simptomatologia depresivă. Datele normative românești pentru ATQ sunt bazate pe răspunsurile a 245 de adulți extrași din populația generală, dintre care 140 femei și 105 bărbați. Eșantionul utilizat pentru etalonarea ATQ a inclus subiecți cu vârsta cuprinsă între 22 și 64 ani, media vârstei fiind de 33.27 (SD = 8.64). În cadrul procesului de validare și etalonare, scorurile obținute de către indivizii extrași din populația generală au fost supuse unei analize comparative cu cele ale unui lot de 113 adulți diagnosticați cu episod depresiv major. Un scor ridicat la ATQ va indica un nivel ridicat al gândurilor automate negative, în vreme ce un scor scăzut la ATQ va indica un nivel scăzut al gândurilor automate negative. La eșantionul prezent ( $N = 1737$ ) scorurile au variat între 15 și 62, cu o medie de 25.5 (SD = 9.93). Consistența internă a scalei a fost Cronbach  $\alpha = 91.6$

### 3.1.2.3.7. Scala de Atitudini și Convingeri (ABS-II)

Scala ABS-II (DiGiuseppe Leaf, Exner & Robin, 1988) este unul dintre cele mai eficiente instrumente de evaluarea a credințelor iraționale / raționale disponibile la ora actuală. ABS-II evaluează convingerile iraționale și raționale descrise în teoria lui Albert Ellis. Este o măsură validă a constructelor centrale în REBT (DiGiuseppe, Robin, Leaf, & Gormon, 1989). Eficiența instrumentului este sporită de faptul că permite calcularea unor scoruri separate pe diferite tipuri de credințe iraționale, precum și estimarea unor valori globale de raționalitate / iraționalitate.

Scala cuprinde 72 de itemi (de la 5-76), dispuși într-o matrice ( $4 \times 3 \times 2$ ) alcătuită din trei factori: (1) primul factor se numește „proces cognitive” (cognitive processes) și are patru nivele, reprezentând patru procese de gândire irațională: imperativul „trebuie” (DEM); deprecierea și evaluarea globală (SD/GE); toleranța scăzută la frustrare (LFT); gândirea catastrofică (AWF); (2) cel de-al doilea factor se numește „arii de conținut” (content/context) și are trei nivele, reprezentând convingeri legate de aprobare, realizare și confort; (3) cel de-al treilea factor se numește „mod de frazare” (irrationality/rationality) și are două nivele, reprezentând modul de formulare a itemilor: irațional/rațional. Fiecare item este structurat în funcție de cei trei factori. Etalonul orientativ pentru scorul total, construit în baza datelor obținute pe populație nonclinică (Macavei, 2002) ( $N = 350$ ) este: Iraționalitate foarte scăzută 0-91, Iraționalitate scăzută 92-107, Iraționalitate medie 108-121, Iraționalitate ridicată 122-127, Iraționalitate foarte ridicată 136-288. Studiile psihometrice efectuate pe populație americană indică o consistență internă adecvată utilizării instrumentului; astfel, coeficienții alfa pentru cele patru procese și trei subscale de conținut variază între .92 și .86. Majoritatea subscalelor discriminează între grupurile clinice și cele de control (fără psihopatologie) (DiGiuseppe et al., 1989). Studiile pilot anterioare efectuate pe populație românească indică o fidelitate test-retest și o consistență internă adecvată:  $r = .73$  ( $N = 80$ ); Cronbach  $\alpha = .86$  ( $N = 80$ ).

### 3.1.2.3.8. Scala încrederii în sine Rosenberg (RSE)

Scala încrederii în sine Rosenberg (RSE) (Rosenberg Self Esteem Inventory, RSE, Rosenberg, 1965) este o scală Guttman cu o dimensiune de 10 itemi destinată măsurării încrederii de sine generale. Unul din punctele forte ale scalei este că a fost utilizată într-un număr foarte mare de cercetări și la grupe foarte diverse. Fiind o scală Guttman, cotareea este puțin mai complicată față de scalele simple. Fidelitatea RSE are un coeficient Guttman pentru reproductibilitate de .92, indicând consistență internă bună. Repetarea la un interval de 2 săptămâni a testului și rezultatele obținute, prin comparație cu primele, arată corelații între .85 și .88 indicând o stabilitate excelentă. Un număr mare de studii demonstrează validitatea concurrentă, predictivă și de construct a RSE-lui. Similar, RSE corelează în direcția așteptată cu măsurători ale depresiei, anxietății. Statistica descriptivă a scalei la lotul prezent a evidențiat următoarele valori: minimum 1 = 6.00, maximum = 40.00,  $m = 30.43$   $SD = 4.47$ . Consistența internă a scalei pe eșantionul prezent indică următoarea valoare Cronbach alpha = .75

### 3.1.2.3.9. Scala de satisfacție cu viața (SWLS)

Scala de satisfacție cu viața (Satisfaction With Life Scale SWLS, Diener, Emmons, Larsen și Griffin, 1985) este o scală unidimensională de 5 itemi care măsoară aspectele cognitive al satisfacției globale despre viața (ex. „Dacă as lua viața de la început, aș putea să nu schimb aproape nimic”). În contrast cu instrumentele care măsoară satisfacția cu viața prin criterii și standarde externe, scala SWLS evaluează aprecierea subiectivă a individului îngăduind proiectarea propriilor criterii și standarde. Satisfacția cu viața subiectivă este considerată o componentă cheie a stării de bine subiective alături de componentele de afectivitatea pozitivă și lipsa afectivității. Scala SWLS are utilitate clinică la o varietate largă de grupe de la adolescenți la adulți și de la populație clinică la populație nonclinică. Scorul minim este 5, iar scorul maxim 35 scorurile mai mari reflectând satisfacție mai crescută cu viața. SWLS a fost testată pentru validitate concurrentă pe două loturi de studenți. SWLS-ul sesizează diferențele între populații la care se așteaptă diferențe la nivelul calității vieții (de exemplu pacienți psihiatrici, prizonieri). Statistica descriptivă a scalei la lotul prezent a evidențiat următoarele valori: minimum = 9.00, maximum = 49.00,  $m = 33.20$   $SD = 9.18$

### 3.1.2.3.10. Scala Profilul dispozițiilor afective POMS-SV

Scala Profilul dispozițiilor afective *POMS-SV* (Profile of Mood States—Short Version – Shachem, 1983; DiLorenzo, Bovbjerg, Montgomery, Valdimarsdottir, și Jacobsen, 1999) este un instrument de 47 de itemi care măsoară emoțiile pozitive și negative. Cotare: Anxietate (8 item) Furie (5 item): Vigoare (item pozitiv) (9 item). Oboseală (4 item) Confuzie (5 item). Scorul de distres reflectă prezența dispozițiilor afective negative și se calculează însumând itemii de la scalele 1 (anxietate), 2 (depresie), 3 (furie), 5 (oboseală), 6 (confuzie). Scorul de distres total reflectă prezența dispozițiilor afective negative și absența dispozițiilor afective pozitive și se calculează însumând itemii de la scalele 1 (anxietate), 2 (depresie), 3 (furie), 5 (oboseală), 6 (confuzie) la care se adaugă itemii scalei 4 (vigoare) cotați invers.



### 3.1.2.3.11. Chestionarul de Personalitate Eysenck – subscala pentru labilitate emoțională (EPQ)

În studiul prezent am utilizat doar subscala de instabilitate-labilitate emoțională sau neuroticism. Varianta maghiară a scalei a fost elaborată de Eysenck & Matolcsi (1984). Scala a fost adaptată și standardizată la populația maghiară. La subscala neuroticism, media la bărbați a fost  $m = 8.9$ ,  $SD = 4.7$ , iar la femei  $m = 11.8$ ,  $SD = 4.6$ . Itemii vizează două tipuri de răspunsuri „da” sau „nu”. Fiecare răspuns cu „da” sau în cazul itemilor inversi fiecare răspuns „nu” se cotează cu 1 punct. În studiul prezent am utilizat doar subscala de neuroticism.

### 3.1.2.3.12. Scala de optimism LOT

Pentru evaluarea optimismului s-a utilizat Scala de optimism LOT (Life Orientation Test, LOT; Scheier & Carver, 1985). Scala conține 12 itemi, dintre care doar 8 afirmații vizează optimismul (ex. „Întotdeauna văd partea bună a lucrurilor”, „Sunt întotdeauna optimist în legătura cu viitorul meu” etc.). Scorul se obține prin inversarea cotei la itemii 4, 5, 11 pozitivi și prin însumarea numerelor care indică răspunsul. Rezultă astfel un scor cuprins între 8 și 40, valoarea crescută, indicând prezența optimismului.

### 3.1.2.3.13. Scala de coping B-COPE

Chestionarul B-COPE este elaborat de Carver, Scheier și Weintraub (1989). Chestionarul integrează modelul stresului elaborat de Lazarus și Folkman (1984), dar autorii consideră departajarea formelor de coping în cele două tipuri (focalizat pe problemă și focalizat pe emoție) prea simplistă. Chestionarul B-COPE vizează 14 forme de coping care pot avea un caracter preponderent activ sau pasiv. Patru dintre aceste scale sunt încadrate ca fiind coping disfuncțional: descărcarea emoțională, pasivitate mentală, pasivitate comportamentală, recurgerea la alcool/medicamente. Planificarea, eliminarea activităților concurente, reținerea de la acțiune, căutarea suportului social instrumental, sunt incluse în scalele coping-ului activ, iar căutarea suportului social emoțional, reinterpretarea pozitivă, acceptarea, negarea, orientarea spre religie în coping-ul pasiv.

### 3.1.2.3.14. Perspectiva asupra vieții și autorealizarea (LRI)

Scala Sensul Vieții și Autorealizarea –LRI (The Life Regard Index, LRI, Battista & Almond, 1973) este o baterie de 28 itemi, compusă din două subscale: Cadrul vieții (Frame, FR) și o subscală de îndeplinirea a obiectivelor vieții sau autorealizare (Fulfillment, FU). Fiecare scală are 14 itemi, jumătate formulați pozitiv (de exemplu, „Am o idee foarte clară despre ce anume trebuie să fac cu viața mea”) și jumătate formulați negativ (de exemplu, „Nu cred că valorează ceva ceea ce fac eu”). Subiecții sunt rugați să indice, pe o scară Likert de trei puncte: „sunt de acord”, „nu am nicio opinie”, „nu sunt de acord”, alegând una din alternative la fiecare item.

O serie de constatări empirice atestă fiabilitate și valabilitate scalei LRI. Battista & Almond (1973) au găsit o fiabilitate foarte bună la proba test-retest ( $r = 0.94$ ). Estimările de coerență internă a scalei au fost raportate de Debats et al. (1993) care au variat

de la *Cronbach*  $\alpha = 0.79$  (FR), și 0.87 (FU) până la 0.86. Un studiu (Chamberlain & Zika, 1988b) a demonstrat relații substanțiale semnificativă între scorurile LRI și două alte măsurători ale sensului vieții, PIL (Crumbaugh & Maholick, 1964).

### 3.1.3. Rezultate

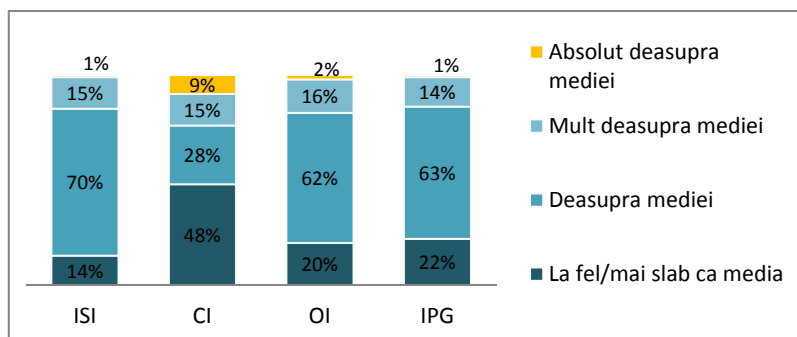
În vederea stabilirii diferențelor la nivelul componentelor sănătății mentale în funcție de iluziile pozitive, am utilizat corelația, testul *t* independent, analiza univariată (ANOVA) și multivariată (ANCOVA) respectiv analiza de regresie lineară și binară logistică. În vederea explorării relației între variabile studiate ale efectelor moderatoare și mediatore am utilizat analiza de cale și de mediere.

#### 3.1.3.1. Caracteristici ale iluziilor pozitive

În cadrul acestei secțiuni prezentăm mediile, frecvența, distribuția iluziilor pozitive obținute per ansamblul lotului; efectul variabilelor demografice și efectul conținutului asupra magnitudinii și frecvenței iluziilor pozitive. Similar cu studii precedente nu au fost găsite diferențe între sexe, așadar în continuare nu o vom lua în considerare această variabilă.

Media IP generale per ansamblu se stabilește deasupra valorii centrale a scalei, ( $M = 4,40$ ,  $SD = 0.52$ ) astfel majoritatea subiecților evaluându-se „mai bun” ca media pe o serie de trăsături și abilități ( $M = 4.52$ ,  $SD = 0.50$ ), „având mai mult control asupra evenimentelor” ( $M = 4.17$ ,  $SD = 1.2$ ) respectiv „având șanse mai bune de a avea parte de evenimente pozitive și mai puține negative în viitor” ( $M = 4.57$ ,  $SD = 0.59$ ) în comparație cu o persoană necunoscută generală de aceeași vârstă, sex și statut social.

Graficul 1 – Frecvența (în procente) diferitelor intervale de iluzii pozitive



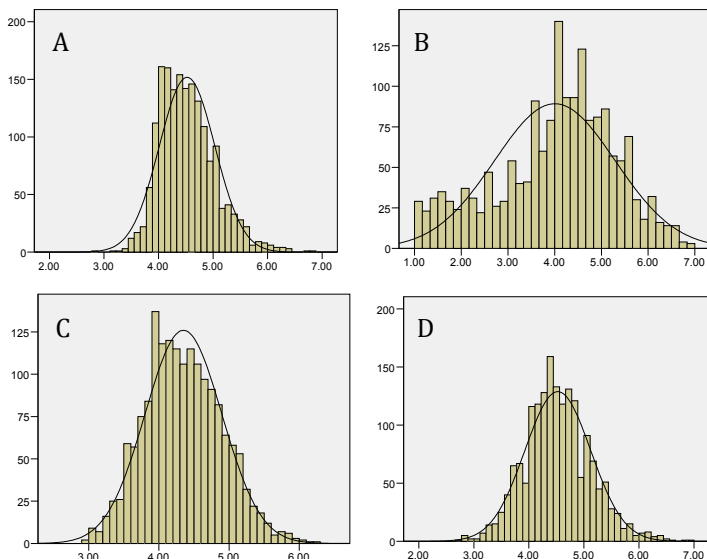
Conform datelor obținute în total 78% dintre subiecții din populația generală prezintă IP generale. Cu alte cuvinte, majoritatea participanților se consideră mai buni, mai eficace și mai optimiști per ansamblu, în comparație cu o persoană generală necunoscută de același sex, vârstă și statut. 86% dintre subiecți se încadrează peste valoarea centrală în cazul nivelului imaginii de sine iluzorii (ISI), 52% în cazul controlului iluzoriu (CI) și 80% în cazul optimismului iluzoriu (OI), ceea ce înseamnă că procentul total de IPG mai scăzut se datorează mai ales valorii scăzute la nivel de CI (52%). Procentul total este cu ~15% mai scăzut decât cel obținut în studiile precedente. Aceste procentaje diferite se pot datora mărimii eșantionului sau a datelor demografice. În timp ce ISI și OI se apropie intervalul valorilor găsite de studii anterioare efectuate în

SUA, Canada, Europa de Vest (procentul oscilând între intervalele de 85–95%) în cazul CI aceste valori sunt mult mai scăzute. Atunci când din scala adaptată am utilizat doar itemii originali (varianta neadaptată) 25% din participanți nu au manifestat IP, 60% au considerat că sunt „puțin mai buni” pe trăsături pozitive, respectiv că trăsăturile negativă îi caracterizează în mai mică măsură. Doar 15% au răspuns că se consideră mai buni, respectiv mult mai buni decât o persoană generală. ISI, OI și IPG au o distribuție normală îndeplinind astfel una dintre (criteriile) efectuării analizelor statistice care urmează. Distribuția controlului iluzoriu este distorsionată puțin înspre valorile mai scăzute. Reprezentarea grafică a distribuției IP în populația generală este prezentată în Graficul 1.

Au fost puse în evidență diferențe semnificative la nivelul gradului de distorsionare pozitivă între trăsăturile care au fost evaluate ca denotând valori culturale „individualiste” (rebel, nonconformist, original) versus cele care denotau în mod dominant trăsături de tip „colectiviste” (conformist, amabil, conciliabil). Marea majoritate a participanților a distorsionat pozitiv în mai mare măsură la nivelul trăsăturilor de tip colectivist  $t = -14.86, p < .01$  față de trăsăturile de tip individualist.

În timp ce ISI este independentă de vârstă, la nivel de CI și OI s-au evidențiat diferențe semnificative la pragul critic  $p < .05$  între grupe quasi experimentale. În cazul CI aceste diferențe se datorează conform testului posthoc diferențelor dintre tineri cu vârsta cuprinsă între 18–25 și adulți peste 40 de ani, cei tineri manifestând un nivel mai crescut de control iluzoriu comparativ cu cei peste 40 de ani. În cazul OI diferențe semnificative au fost puse în evidență între grupele cu vârstă cuprinse între 18–25 de ani și adulți peste 40, respectiv între adulți cu vârsta cuprinsă între 25–40 și adulți peste 40, generațiile mai tinere au raportând un nivel mai crescut de optimism iluzoriu. Aceste rezultate sunt relativ noi comparativ cu studii anterioare care nu au raportat diferențe semnificative în funcție de vârstă (de exemplu Gana et al., 2004).

Graficul 2- Distribuția iluziilor pozitive



A - imaginea de sine iluzorie, B - controlul iluzoriu, C - optimismul iluzoriu, D - Iluziile pozitive generale

Au fost puse în evidență diferențe semnificative la nivelul gradului de distorsionare pozitivă între trăsăturile care au fost evaluate ca denotând valori culturale „individuale” (ex. rebel, nonconformist, original) versus de cele care denotau în mod dominant trăsături de tip „colectiviste” (ex. conformist, amabil, conciliabil). Marea majoritate a participanților a distorsionat pozitiv în mai mare măsură la nivelul trăsăturilor de tip colectivist  $t = -14.86, p < .01$  față de trăsăturile de tip individualist. De asemenea participanții tind să distorsioneze mai mult atunci când trăsăturile sunt formulate negativ (necinstit versus cinstit), decât când sunt formulată pozitiv  $t(1742) = -70.34, p < .01$ , respectiv atunci când trăsătură este ambiguă (creativ, spiritual) și nu este măsurabilă lăsând loc interpretărilor proprii, față de trăsături care sunt mai obiective și măsurabile (abilități atletice)  $t(1742) = -19.84, p < .01$ . De data asta însă nu au fost diferențe semnificative între trăsături evaluate ca fiind neatractive față de cele atractive. Mai muți participanți manifestă IP atunci când sunt utilizați itemi cu conotație colectivistă, formulați negativ, sau atunci când trăsătura/comportamentul este unul mai puțin definit (de exemplu: spiritual).

Cu toate că studii anterioare au arătat că iluziile pozitive sunt independente de vârstă, pornind de la asumția că generațiile mai tinere nu au avut ocazia să internalizeze valorile colectiviste și ar putea să fie mai afectate de valorile promovate de tranziția de tip individualist, iar generațiile mai în vârstă să fie influențate de ambele ideologii (colectivistă și individualistă), am presupus că subiecții cu studii mai avansate vor raporta IP mai crescute, față de cei cu studii generale sau medii, respectiv cei din mediu urban vor raporta IP mai crescute față de cei din mediu rural. Diferențele la nivelul loturilor ne vor ajuta să înțelegem mai bine constructul de iluzie pozitivă și sensibilitatea acestuia la schimbările de la nivelul convingerilor. În cadrul analizelor statistice s-a lucrat cu prag  $\alpha$  critic de 0.05 în toate cazurile. Datele au fost prelucrate cu ANOVA (Analysis of Variance/Analiza de Varianță), iar comparațiile între condițiile quasi experimentale, create în funcție de categorii de vârstă au fost realizate prin testul *Scheffe*.

Tabelul 2 – Analiza comparativă. Varianța iluziilor pozitive în funcție de vârstă

| IP  | Categorii vârstă   | M                  | SD   | Rezultate                 |
|---|--------------------|--------------------|------|---------------------------|
| ISI   | 18-25 (N = 545)    | 4.50               | 0.45 | F(1735) = 1.86<br>Ns.     |
|   | 25-40 (N = 871)    | 4.52               | 0.53 |                           |
|   | peste 40 (N = 318) | 4.56               | 0.51 |                           |
| CI  | 18-25              | 4.26               | 1.23 | F(1735) = 4.05<br>p < .05 |
|   | 25-40              | 4.09               | 1.25 |                           |
|   | peste 40           | 4.27               | 1.46 |                           |
| OI  | 18-25              | 4.54               | 0.56 | F(1735) = 4.34<br>p < .05 |
|   | 25-40              | 4.54               | 0.60 |                           |
|   | peste 40           | 4.43               | 0.62 |                           |
| Comparații între situații quasi experimentale |                    |                    |      | Dif. Med.                 |
| CI  | tineri între 18-25 | adulți peste 40    |      | 0.17, p < .05             |
| OI  | tineri între 18-25 | adulți între 25-40 |      | 0.10, p < .05             |
|   | adulți între 25-40 | adulți peste 40    |      | 0.11, p < .05             |

N = 1744, ISI = imagine sine iluzorie, CI = control iluzoriu, OI = optimism iluzoriu

Datele obținute confirmă parțial ipotezele noastre. În timp ce ISI este independentă de vârstă, la nivel de CI și OI s-au evidențiat diferențe semnificative la pragul critic  $p < .05$  între grupe quasi experimentale. În cazul CI, aceste diferențe se datorează conform testului posthoc diferențelor dintre tineri cu vârstă cuprinsă între 18–25 și adulți peste 40 de ani, cei tineri manifestând un nivel mai crescut de control iluzoriu comparativ cu cei peste 40 de ani. În cazul OI, diferențe semnificative au fost puse în evidență între grupele cu vârstă cuprinse între 18–25 de ani și adulți peste 40, respectiv între adulți cu vârstă cuprinsă între 25–40 și adulți peste 40, generațiile mai tinere au raportat un nivel mai crescut de optimism iluzoriu. Aceste rezultate sunt relativ noi, comparativ cu studii anterioare care nu au raportat diferențe semnificative în funcție de vârstă (de exemplu Gana et al., 2004).

### 3.1.3.2. Relația iluziilor pozitive cu dimensiuni ale adaptării psihice

Scorurile medii obținute pe scalele utilizate sunt prezentate în Tabelul 3; relația variabilelor studiate în Tabelul 4.

Tabelul 3 – Statistica descriptivă a scalelor utilizate

|    | <b>N = 1737</b> | <b>Minimum</b> | <b>Maximum</b> | <b>M</b> | <b>SD</b> | <b>Cronbach <math>\alpha</math></b> |
|----|-----------------|----------------|----------------|----------|-----------|-------------------------------------|
| 1  | BDI             | 3              | 44.00          | 9.17     | 6.94      | .842 (21 iteme)                     |
| 2  | STAI            | 21.00          | 79.00          | 46.96    | 9.02      | .874 (20 iteme)                     |
| 3  | ROSEN           | 12.00          | 40.00          | 30.22    | 3.46      | .756 (10 iteme)                     |
| 4  | DAS             | 3.00           | 146.00         | 70.64    | 16.97     | .866 (35 iteme)                     |
| 5  | ATQ             | 15.00          | 75.00          | 32.30    | 12.17     | .912 (20 iteme)                     |
| 6  | ABS-II (irat)   | 27.00          | 197.00         | 105.38   | 26.11     | .766                                |
| 7  | ABS-II (rat)    | 60.00          | 173.00         | 137.23   | 17.61     | .743                                |
| 8  | EPQ             | .00            | 22.00          | 9.51     | 5.02      | .848 (22 iteme)                     |
| 9  | SWLS            | 5.00           | 49.00          | 29.95    | 8.74      | .862 (5 iteme)                      |
| 10 | LOT             | 23.50          | 59.00          | 41.08    | 5.68      | .726 (12 iteme)                     |
| 11 | SDS (BIDR)      | 14.00          | 70.00          | 43.17    | 9.05      | .745 (10 iteme)                     |
| 12 | IM (BIDR)       | 20.00          | 83.00          | 43.88    | 7.36      | .768 (10 iteme)                     |

1. Inventarul de Depresie Beck,
2. Scala de Anxietate Spielberger,
3. Scala de Stimă de Sine Rosenberg;
4. Scala de Atitudini Disfuncționale,
5. Scala de gânduri Automate
- 6–7. Scala de atitudini și convingeri iraționale
8. Scala de Neuroticism a lui Eysenck;
9. Scala de Satisfacție cu Viața;
10. Scala de Optimism;
11. Scala de Dezirabilitate socială

### 3.2. STUDIUL 2. SĂNĂTATEA MENTALĂ ILUZORIE. DEOSEBIREA ILUZIILOR FUNCȚIONALE DE CELE DISFUNCȚIONALE PRIN PARADIGMA EVALUĂRII CLINICE

În timp ce Studiul 1 examinează relația iluziilor pozitive în raport cu dimensiuni ale sănătății mentale, Studiul 2 face un pas înainte prin cuprinderea unui nivel mai profund al adaptării psihice. Studiul 2 confruntă cele două perspective contradictorii (adaptare versus apărare) referitor la relația iluziilor pozitive cu sănătatea mentală prin (1) testarea ipotezei potrivit căreia iluziile pozitive sunt caracteristice celor cu sănătate mentală iluzorie; (2) testarea ipotezei potrivit căreia iluziile pozitive sunt caracteristice celor cu sănătate mentală reală; (3) analiza asocierii iluziilor pozitive cu scheme cognitive, strategii de coping și resurse pozitive. Menționăm utilitatea acestui demers de evaluare, atât dintr-o perspectivă analitică cât și din cea cognitiv-comportamentală, referitoare la consecințele asocierii schemelor maladaptative timpurii cu iluzii pozitive. Pe plan practic, rezultatele studiului vor contribui la formularea unor strategii terapeutice mai nuanțate, iar datele obținute vor putea fi utilizate în elaborare unor instrumente mai bune pentru măsurarea strategiilor de autoîmbunătățire.

#### 3.2.1. Obiective și ipoteze

Obiectivul specific al studiului este delimitarea iluziilor pozitive funcționale de cele disfuncționale.

Dacă argumentele potrivit cărora iluziile pozitive sunt caracteristice doar celor defensivi, atunci când îi vom deosebi pe cei cu sănătate mentală iluzorie de cei cu sănătate mentală reală, biasarea pozitivă ar trebui să dispară din grupul celor cu sănătate mentală reală. Acest *pattern* de răspuns ar furniza dovezi perspectivei de „apărare” și anume: (i) „lustrul iluzoriu” al datelor este doar un artefact statistic ce apare în urma contaminării pozitive a variabilelor dependente de predictor; (ii) distorsionările pozitive se asociază cu apărare.

În Studiile 1 și 4 am ajuns la concluzia că iluziile pozitive sunt caracteristice majorității (este imposibil ca toți să fie defensivi și vulnerabili), iar relația iluziilor pozitive cu dimensiunile sănătății mentale a fost cu mici excepții lineară. În baza acestor date susținem că iluziile pozitive vor fi caracteristice atât celor cu sănătate mentală reală, cât și celor cu sănătate mentală iluzorie, cu diferența că la cei cu sănătate mentală iluzorie, iluziile pozitive vor fi situate în intervale mai ridicate („sunt mult/absolut mai bun”, „am absolut mai multe șanse”), iar la cei cu sănătate mentală reală se vor situa la un nivel moderat.

Pe lângă magnitudinea iluziilor pozitive, diferențele mai importante privesc relația iluziilor pozitive cu dimensiunile adaptării psihice.

Schemele cognitive disfuncționale timpurii care stau la baza formării ansamblului de simptome caracteristice sănătății mentale iluzorii sunt un factor de vulnerabilitate pentru dezvoltarea problemelor emoționale și utilizarea unor strategii de *coping* disfuncționale/evitante/defensive. Schemele disfuncționale, convingerile iraționale, nevoia accentuată de a fi aprobat de alții pot genera acele iluzii pozitive false, în consecință „nesănătoase în situații stresante.

În baza acestor argumente, presupunem că la grupa cu sănătate mentală relația iluziilor pozitive va urma *patternul* găsit în studii anterioare și anume faptul că iluziile

pozitive vor fi pozitiv asociate cu dimensiuni ale adaptării psihice (resurse pozitive, strategii de *coping* adaptative, scheme cognitive funcționale), în schimb la cei cu sănătate mentală iluzorie, iluziile pozitive se vor asocia cu scheme cognitive disfuncționale – autoamăgire, managementul impresiilor și strategii de *coping* disfuncționale.

La cei cu sănătate mentală iluzorie, iluziile pozitive (fiind la rândul lor scheme cognitive; vezi subcapitolul *Surse ale iluziilor pozitive*), interacționând cu scheme cognitive timpurii disfuncționale (nevoia de acceptare, stimă de sine scăzută etc.), pot amplifica reacția negativă a acestora prin efectul lor de „lustru pozitiv”, contribuind indirect la camuflarea emoțiilor și a gândurilor negative în situații dificile. Nu credem că iluziile pozitive joacă un rol cauzal în această ecuație, dar pot avea un efect moderator sau mediator.

### 3.2.2. Metoda

#### 3.2.2.1. Participanți

Numărul final al participanților a fost  $N = 304$  subiecți nonclinici (203 femei și 101 bărbați) având vârste cuprinse între 19–55, media de vârstă fiind 33.8 ( $SD = 7.04$ ).<sup>17</sup>

Tabelul 15 – Caracteristici demografice ale lotului

| N = 304 Vârsta        |                        | Sex                  | Studii                  | Mediu              |
|-----------------------|------------------------|----------------------|-------------------------|--------------------|
| M = 33.8<br>SD = 7.04 | (18–25) 102<br>(33%)   | Bărbați 101<br>(32%) | Medii 108  (35%)        | Urban 224<br>(74%) |
|                       | (25–40) 164<br>(54%)   | Femei 202<br>(68%)   | Superioare 195<br>(65%) | Rural 80<br>(26%)  |
|                       | (peste 40) 38<br>(14%) |                      |                         |                    |

#### 3.2.2.2. Procedura

După obținerea consimțământului, participanții au fost rugați să completeze scalele de iluzii pozitive și măsurători ale sănătății mentale, având la dispoziție o săptămână. După returnarea chestionarelor a urmat evaluarea clinică cu ajutorul testului de amintiri timpurii. Subiecții au fost distribuiți în 4 loturi urmând procedura recomandată de Shedler et al. (2003). Repartizarea pe grupe a fost făcută pe baza scorurilor de la EMT (Early Memories Test, EMT, Shedler, Karliner, Katz, Mayman, 1995) combinat cu scorurile obținute pe Scala de neuroticism a lui Eysenck.

**Evaluarea clinică prin amintiri timpurii:** Testul EMT (Early Memories Test, EMT, Shedler, Karliner, Katz, Mayman, 1995) a fost aplicat individual și a durat aproximativ 1–2 ore, în funcție de participant. Înainte ca subiecții să înceapă evocarea amintirilor, au fost rugați să se relaxeze și să încerce să se întoarcă în timp la vârsta copilăriei. Conform testului, subiecții sunt fost rugați să evoce în total cinci amintiri timpurii două amintiri timpurii generale; prima amintire legată de mamă; prima amintire lega-





<sup>17</sup> Inițial testul EMT (vezi: instrumente) a fost completat de  $\sim N = 800$  de participanți (dintre cei care au participat și în Studiul 2), însă din lipsă de timp și resurse, din numărul inițial au fost evaluate aproximativ 350 de narații, din care au mai fost eliminate din motivul dezacordului între evaluatori.

tă de tatăl lor; o amintire (pozitivă sau negativă) despre care ei cred că i-a marcat adânc. Ei au fost instruiți să descrie amintirile cât mai amănunțit (să detalieze) și să evoce amintiri posibil complete și semnificative, nu doar fragmente de amintiri (de exemplu: o impresie, o culoare, un gust anume). După evocarea fiecărei amintiri, participanții au fost rugați să descrie ce gânduri, emoții, sentimente au trăit, și cum se văd pe ei înșiși în acea amintire („Când rememorați această amintire, care v-au fost impresiile referitoare la propria persoană?”), după care să descrie cum au perceput persoanele (dacă apar) în acea amintire („Care sunt impresiile pe care vi le-au creat alte persoane care apar în amintire?”) precum să descrie tonalitatea emoțională a amintirii („Are amintirea o tonalitate emoțională anume? Vă rugăm să explicați.”).

Narațiunile au fost citite și evaluate de către trei evaluatori în mod independent aceștia fiind orbi la orice alte date (blind to data), inclusiv la cele demografice. Narațiunile scrise ale participanților au fost marcate cu un cod de identificare. Cu toate că în evaluarea narațiunilor este folosit un index de evaluare (Early Memory Index, Shedler et al., 2003), este recomandat ca narațiunile să fie punctate de către specialiști în mod preferabil de formarea analitică. Evaluatorii au fost psihologi clinicieni și psihoterapeuți autorizați, în CBT, Hipnoterapie Eriksoniană, Terapie Pozitivă. Scorurile obținute de la evaluatori au fost corelate între ele pentru a verifica acordul între ei. Inițial, coeficientul de acord între evaluatori pentru scorul total la EMT era  $r = .61$ . După discutarea seturilor de amintiri și eliminarea acelor la care nu s-a căzut de acord, coeficientul de acord între evaluatori a crescut la  $r = .79$  indicând un coeficient bun și acceptabil.

**Repartizarea grupelor:** Împărțirea pe grupe s-a făcut cu analiză de clusteri. Analiza de clusteri (Tryon, 1939) este o metodă statistică explorativă folosită în special în clasificarea persoanelor, obiectelor, fenomenelor în categorii, pe baza mai multor variabile. Pe baza acestei proceduri au fost formate următoarele grupe: În grupa SMR (sănătate mentală reală) au fost clasificate persoanele care au fost evaluate de clinician ca fiind sănătoase, simultan au obținut un scor mic de stres la scala de autoevaluare (valori reprezentând normalitate) ( $N = 82$ ). În grupa SMI (sănătate mentală iluzorie) au fost clasificate persoanele care au fost evaluate de clinicieni ca fiind stresate simultan obținând un scor mic de stres pe baza de autoraport). În grupa DM (stres manifest) au fost clasificate persoanele care au obținut un scor mic la evaluare clinică/simultan scor ridicat de stres la autoevaluare, ( $N = 63$ ). În urma repartizării s-a mai obținut un grup pe care l-am denumit grupul „în criză”, acest grup fiind format din persoane care au obținut un scor bun la evaluarea clinică, însă pe scala de autoevaluare au manifestat stres peste valoarea medie. Având în vedere obiectivele cercetării, pe noi în mod specific ne-au interesat diferențele între grupele de SMR și SMI. În analiza datelor vom ține cont de celelalte două grupe atunci când acest lucru este justificat de obiectivele noastre. Reprezentarea grafică a criteriilor de repartizare este prezentată în Figura 4.

Figura 4 – Criterii de repartizare a grupelor de sănătate mentală

| Scor stres bazat pe autoevaluare | Scor stres bazat pe evaluare clinică (testul EMT) |   | Grupe |
|----------------------------------|---|---|-------|
| Normal X                         | Normal  |  | SMR   |
| Normal X                         | Stres   |  | SMI   |
| Stres X                          | Stres   |  | DM    |
| Stres X                          | Normal  |  | InC   |

Abrevieri: SMR = Grupa sănătate mentală reală; SMI = Sănătate mentală iluzorie; DM = Grupa stres manifest; InC = Grupa în criză;



### 3.2.2.3. Instrumente/materiale

#### 3.2.2.3.1. Testul Amintirilor Timpurii

(Early Memories Test, EMT, Shedler, Karliner, Katz, Mayman, 1995)

EMT este un interviu clinic semistructurat care se poate utiliza și în forma orală dar și în formă hârtie creion. Shedler et al., (2003) pentru loturi nonclinice recomandă forma hârtie creion pentru că oferă mai multă intimitate. Concepția testului se bazează pe *Teoria relației cu obiectul*<sup>18</sup> Subiecții sunt fost rugați să evoce în total cinci amintiri timpurii două amintiri timpurii generale; prima amintire legată de mamă; prima amintire legată de tatăl lor; o amintire (pozitivă sau negativă) despre care ei cred că i-a marcat adânc. Ei au fost instruiți să descrie amintirile cât mai amănunțit și să evoce amintiri posibil complete și semnificative, nu doar fragmente de amintiri (de exemplu: o impresie, o culoare, un gust anume). După evocarea fiecărei amintiri, participanții au fost rugați să descrie ce gânduri, emoții, sentimente au trăit, și cum se văd pe ei înșiși în acea amintire („Când rememorați această amintire, care v-au fost impresiile referitoare la propria persoană?), după care să descrie cum au perceput persoanele (dacă apar) în acea amintire („Care sunt impresiile pe care vi le-au creat alte persoane care apar în amintire?”) precum să descrie tonalitatea emoțională a amintirii („Are amintirea o tonalitate emoțională anume? Vă rugăm să explicați.”). (Anexa 1.)

#### 3.2.2.3.2. Indexul de evaluare a amintirilor timpurii (Early Memories Index, EMI, Shedler, Karliner & Katz, 2003)

EMI este o scală de cotare a amintirilor timpurii, ulterior elaborată cu scopul ca EMT-ul să poată fie aplicabil și de psihologi fără experiență clinică aprofundată. Indexul de cotare conține acei 9 itemi, care s-au dovedit a fi cei mai eficienți în evaluarea clinică a pacienților prin intermediul amintirilor timpurii, bazată pe o vastă experiență clinică. Scorurile scalei corelează strâns cu evaluările experților, coeficientul de corelație fiind un mediu de .80 (Shedler et al., 2003). Scorurile posibile la EMI variază între 9 și 45. Setul de itemi este cotate pe o scală de 5 grade, unde 1 înseamnă aplicabilitate minimă, iar 5 = cu aplicabilitate maximă (Anexa 1.). Iluziile pozitive și dimensiunile adaptării psihice au fost măsurate cu instrumente descrise detaliat în cadrul Studiului 1.

### 3.2.3. Rezultate

În studiul prezent, pe lângă programul SPSS 17.0, am utilizat două programe de prelucrare a datelor AMOS 18.0 și Testul Sobel, care sunt programe auxiliare ale SPSS-lui, prin care se pot realiza analize de cale (path analysis), de mediere și moderare. În vederea testării primelor două ipoteze am utilizat analiza de varianță, testul *t* pentru eșantioane independente. În vederea testării ipotezei referitoare la asocierea iluziilor pozitive cu scheme cognitive, strategii de coping am utilizat bivariată și analiza de regresie lineară, analiza de cale și de mediere.

---

<sup>18</sup> Descrierea detaliată a elaborării acestei paradigme de evaluare a sănătății mentale iluzorii, respectiv studiile de validare au fost descrise în partea introductivă a acestui studiu (Paradigma evaluării prin amintiri timpurii).

### 3.2.3.1. Iluziile pozitive la lotul studiat

Media iluziilor pozitive generale (IPG) per ansamblul lotului studiat se stabilește deasupra valorii centrale a scalei, ( $M = 4.34$ ,  $SD = .52$ ). Astfel majoritatea subiecților (88%) evaluându-se „mai bun” ca media pe o serie de trăsături și abilități ( $M = 4.54$ ,  $SD = .50$ ), respectiv „având șanse mai bune de a avea parte de evenimente pozitive și mai puține negative în viitor” ( $M = 4.6$ ,  $SD = .62$ ), 87% în comparație cu o persoană necunoscută generală de aceeași vârstă, sex și statut social. Doar 50.5% dintre participanți au manifestat control iluzoriu care a desemnat o valoare asemănătoare celor găsite în Studiile 1 și 2.

Referitor la relația iluziilor pozitive cu dimensiuni ale sănătății mentale, per ansamblul lotului, datele au pus în evidență rezultate asemănătoare obținute în studiul 1 și 2. Iluziile pozitive erau pozitiv asociate cu resurse pozitive și negativ asociate cu dimensiunea stres și vulnerabilitate cognitivă. Din moment ce rezultatele conclud cu cele găsite în Studiul 1 nu vom insista asupra prezentării acestora și vom trece la următoarea ipoteză a studiului.

### 3.2.3.2. Iluziile pozitive la grupele experimentale

Cu toate că Studiile 1 și 2 nu susțin ipoteza limitei optime a iluziilor pozitive am presupus că celor cu sănătate mentală iluzorie vor fi caracteristice gradele mai pronunțate de iluzii pozitive, iar celor cu sănătate mentală reală iluziile pozitive moderate. Datele au fost prelucrate cu ANOVA (Analysis of Variance/Analiza de Varianță), iar comparațiile între cele patru grupe au fost realizate prin testul Scheffe. În cadrul analizelor statistice s-a lucrat cu prag  $\alpha$  critic de .05 în toate cazurile. Variabile introduse în model au satisfăcut toate condițiile impuse de acesta. Efectul variabilei predictor (independente) poate fi verificat cu o mai mare precizie dacă controlăm efectul variabilelor demografice și am standardizat datele prin excluderea efectului acestora. În studiul nostru am controlat efectul următoarelor covariabile: vârstă, sex, mediu, studii, etnie. Tabelul 16 prezintă mediile și abaterile standard ale iluziilor pozitive la grupele experimentale.

Tabelul 16 – Mediile și abaterile standard ale iluziilor pozitive la grupele studiate

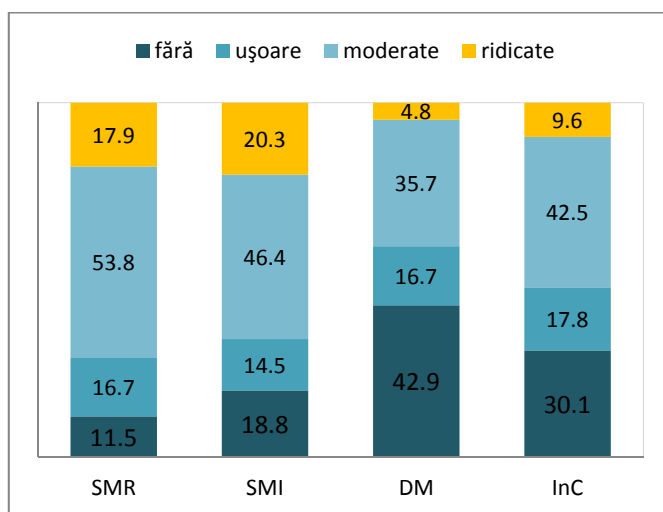
| Grupe | ISI        | CI          | OI         |
|-------|------------|-------------|------------|
| SMR   | 4.66 (.55) | 4.17 (1.15) | 4.76 (.56) |
| SMI   | 4.85 (.59) | 3.73 (1.39) | 4.93 (.62) |
| DM    | 4.33 (.43) | 3.85 (1.08) | 4.29 (.58) |
| InC   | 4.48 (.41) | 3.86 (1.24) | 4.57 (.57) |

*Abrevieri:* ISI = imagine de sine iluzorie, CI = control iluzoriu, OI = optimism iluzoriu; SMR = Grupa cu sănătate mentală reală; SMI = Sănătate mentală iluzorie; DM = Grupa cu stres manifest; InC = Grupa în criză;

Analiza de varianță a evidențiat diferențe semnificative între grupe la nivelul: [ISI  $F(3,300) = 15.329$ ,  $p < .01$ ; OI  $F(3,300) = 17.592$ ,  $p < .01$  și CI  $F(3,300) = 1.802$ ]. Contrar ipotezelor noastre, însă nu sunt diferențe semnificative între grupele cu SMR și SMI, diferențele obținute per ansamblu se datorează diferențelor între grupele SMR/SMI ↔ DM/InC, cei cu DM și InC manifestând nivele mai scăzute de IP. Aceste

rezultate sunt concludente cu cele obținute în Studiul 4, potrivit căruia cei care manifestă depresie, anxietate sau trec printr-o criză emoțională distorsionează mai puțin imaginea de sine în sens negativ, și raportează estimări mai realiste referitoare la control și viitor. În momentul actual, rezultatele analizei datelor susțin atât presupunerea că: (1) cei defensivi sunt caracterizați de IP cât și ipoteza că (2) IP nu sunt caracteristica persoanelor defensive ci sunt caracteristice și celor cu sănătate mentală reală. Evident, media ne spune mult, dar nu tot. Cu toate că la nivelul mediilor nu s-au pus în evidență diferențe, în vederea unor nuanțări am verificat frecvența răspunsurilor date pe cele patru intervale ale iluziilor pozitive. În Graficul 8 sunt prezentate rezultatele per ansamblul iluziilor pozitive.

Graficul 8 – Frecvența (exprimată în procente) a diferitelor intervale de iluzii pozitive la grupele experimentale



După cum putem observa, în total (69%) din iluziile pozitive ale celor cu SMR cad în intervalul ușor moderat dar și cele ale grupe SMI (60,7%). Putem observa că dintre cei cu SMI cu 10% mai multe persoane au spus că acele calități le sunt „absolut mai caracteristice” respectiv că au „șanse absolut mai bune”. Valoarea totală este afectată de frecvența scăzută a controlului iluzoriu, care se pare, este un specific al acestei populații. Un rezultat similar a fost observat și în Studiile 1 și 2, și am explicat acest rezultat prin efecte sociale și culturale. Tabelul 17 prezintă rezultatele detaliate obținute la factori de iluzii pozitive.

Tabelul 17 – Frecvența diferitelor intervale de iluzii pozitive la grupele SMR și SMI

| IP  | SMR  |        |          |          | SMI  |         |          |          |
|-----|------|--------|----------|----------|------|---------|----------|----------|
|     | fără | ușoare | moderate | ridicate | fără | scăzute | moderate | ridicate |
| ISI | 11.5 | 17.9   | 47.4     | 23.1     | 4.3  | 13      | 50.7     | 31.9     |
| CI  | 35.9 | 14.1   | 32.1     | 17.9     | 49.3 | 11.6    | 26.1     | 13       |
| OI  | 3.8  | 14.1   | 52.6     | 29.5     | 2.9  | 7.2     | 55.1     | 34.8     |

Dacă ne uităm în Tabelul 17 putem vedea că 89% manifestă ISI și aproximativ 96% manifestă OI dintre cei cu SMR. Cei cu SMI raportează valori similare celor cu SMR, astfel 96% declară că o serie de calități și abilități le sunt mai caracteristice decât unei persoane generale, respectiv 92% spun că au mai multe șanse să aibă parte de evenimente pozitive și să evite pe cele negative în viitor. Cu toate că cei cu SMI manifestă cu 8% respectiv cu 5% mai multe iluzii în intervalul ridicat referitor la ISI și OI comparativ cu cei cu SMR aceste diferențe nu sunt semnificative pentru acest grup, cei cu SMI la fel manifestă IP preponderent în intervalul „moderat”. Aceste rezultate contrazic ipoteza noastră parțial, cei cu SMI nu manifestă preponderent iluzii pozitive în intervalul ridicat. Aceste rezultate sugerează că caracterul funcțional /disfuncțional al IP nu depinde neapărat de magnitudinea lor ci de alți factori.

### 3.2.3.3. Evaluarea dimensiunilor de sănătate mentală și asocierea acestora cu iluzii pozitive la grupele experimentale

În literatură se presupune că atunci când sunt utilizate scale de autoevaluare între cei cu SMR și SMI nu sunt diferențe semnificative în ciuda faptului că cei cu SMI au fost evaluați de clinician ca fiind dezechilibrați psihic și suferind de tulburări emoționale. Acest lucru era necesar în vederea evidențierii contrastelor între cele două grupe.

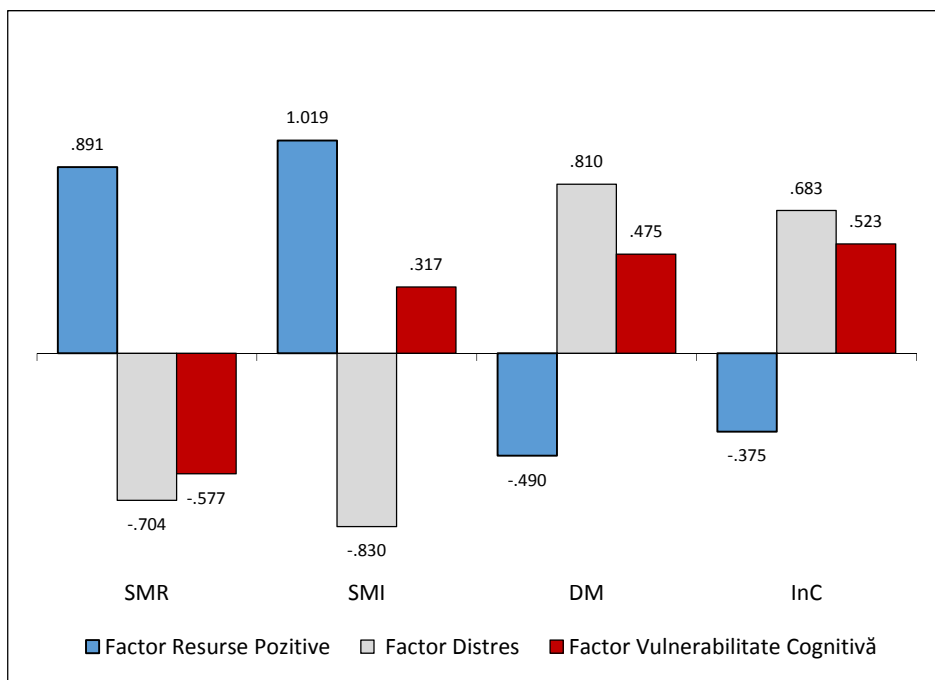
În vederea reducerii dimensiunilor de sănătate mentală, am utilizat analiza factorială cu scop de reducere a variabilelor, la nivelul componentelor sănătății mentale (în mod identic cu Studiul 1). Metoda de extragere a factorilor a fost analiza componentelor principale, iar pentru rotirea factorilor am utilizat procedura Promax. *Factorul 1* denumit factorul de *distres psihic* (DIS) explică 74.2% din varianța totală, reflectând latura afectivă negativă. Coeficientul KMO (.82) și testul Bartlett ( $\chi^2 = 211.104$ ;  $p < .01$ ) au indicat faptul că realizarea analizei factoriale este justificată și că eșantionul utilizat este adecvat. Acest factor a fost compus din anxietate (STAI) având și cea mai mare greutate factorială (.918), urmată de dispoziția emoțională negativă (.868), depresie (BDI) (.852), labilitate emoțională (EPQ) (.883). *Factorul 2* denumit factor de *Resurse pozitive* (RP) explică 70% din varianța totală a componentelor incluse. Testul KMO (0.81) și Bartlett ( $\chi^2 = 166.02$ ,  $p < .01$ ) indică că analiza este validă și eșantionul adecvat efectuării. Factorul a fost alcătuit din componenta stima de sine RSS (.875), optimism (LOT), (.901), dispoziția emoțională pozitivă (vigoare, energie) (.858), autoeficacitatea (LOC) (.765). Inițial, la resurse pozitive am inclus și strategiile de coping și perspectiva asupra vieții (LRI), însă acestea au apărut ca 2 factori separați având o greutate factorială mai mică de 2.0 în factor. *Factorul 3* denumit *Vulnerabilitatea cognitivă* (VC) (sau dimensiunea de adaptare cognitivă) explică 52% din varianța totală a componentelor incluse [atitudinile disfuncționale DAS (.765), gândurile automate ATQ (.638) și convingerile iraționale centrale, ABS-II (.638)]. Testul KMO (0.59) și Bartlett ( $\chi^2 = 38.06$ ,  $p < .01$ ) de asemenea a indicat că realizarea analizei factoriale este justificată și că eșantionul utilizat este adecvat. În analize, de regulă vom aplica factorii, iar atunci când este indicat ne vom uita și la componentele individuale. Aici ne referim în mod special la dimensiunea cognitivă, o analiză mai detaliată fiind justificată din pricină că nu există date raportate la această dimensiune.

Datele au fost prelucrate cu testul  $t$  pentru eșantioane independente. Așa cum și era de așteptat, analiza datelor legat de factori sănătate mentale nu a indicat nici o diferență între grupa SMI și SMR la nivelul factorului de RP ( $t = -931$ ) Ns., și DIS ( $t =$

-1.21), ambele grupe fiind caracterizate de nivele scăzute de distres autoraportat, și nivele peste medie (valori optime) de resurse pozitive.

Cu toate că la nivelul factorului de distres, și resurse pozitive nu s-au pus în evidență diferențe semnificative, între cele două grupe „critice” în schimb analiza datelor a identificat diferențe semnificative în dimensiunea de adaptare cognitivă și strategii de coping utilizate. Testul pentru eșantioane independente indicând diferențe de  $t = -5.87, p < .01$ , cei cu SMI fiind caracterizați de un nivel mai ridicat de vulnerabilitate cognitivă (VC). Cei cu SMI comparat cu SMR manifestă un nivel mai înalt de atitudini disfuncționale  $t(145) = -4.37, p < .01$ , și convingeri iraționale  $t(145) = -2.02, p < .05$ . De asemenea, cei cu SMR manifestă convingeri raționale în mai mare măsură  $t(145) = 5.79, p < .01$  decât cei cu SMI.

Graficul 9 – Dimensiuni ale adaptării la grupele experimentale



Aceste rezultate sunt noi și importante deoarece ele ne pot furniza informații referitoare la funcționalitatea schemelor de sine care se află în spatele iluziilor pozitive.

#### 3.2.3.4. Scheme cognitive disfuncționale

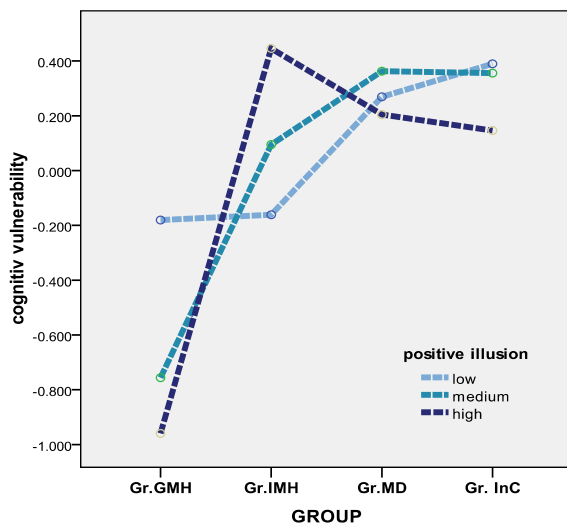
Studiile precedente nu au explorat atitudinile disfuncționale și convingerile iraționale ale celor cu SMI, probabil din pricină că sănătatea mentală iluzorie a căpătat interes în cercuri psihanalitice (vezi Shedler et al., 1993). Studiile legate de stilul de coping defensiv sunt de asemenea ambigue în această privință (Cramer, 2003). În vederea stabilirii diferențelor la nivelul convingerilor iraționale între grupe experimentale am utilizat analiza de varianță. De data acesta am inclus și grupele DM și InC pentru a obține mai multe puncte de referință. Tabelul 18 prezintă rezultatele obținute la analiza comparativă privind varianța dimensiunilor de adaptare cognitivă la grupele analizate.

Tabelul 18 – Varianța dimensiunilor de adaptare cognitivă la grupele experimentale

|                | Grupe | M      | SD    | Rezultate<br>( $F$ global, diferențe media între comparații multiple) |  |
|----------------|-------|--------|-------|---|--|
| DAS            | SMR   | 66.51  | 12.93 | $F(3,300) = 7.97$<br>$p < .01$  | SMR vs. SMI = -10.39, $p < .01$            |
|                | SMI   | 76.91  | 15.88 |   | SMR vs. DM = -9.39, $p < .01$              |
|                | DM    | 75.91  | 16.75 |   | SMR vs. InC = -8.98, $p < .05$             |
|                | InC   | 75.50  | 14.07 |   | SMI vs. DM, Inc, Ns.                       |
| ATQ            | SMR   | 25.19  | 8.62  | $F(3,300) = 23.91$<br>$p < .01$                                       | SMR vs. SMI = - 6.11, $p < .05$            |
|                | SMI   | 30.31  | 8.83  |   | SMR vs. DM = -13.21, $p < .01$             |
|                | DM    | 38.41  | 11.47 |   | SMR vs. InC = -14.40, $p < .01$            |
|                | InC   | 39.60  | 12.62 |   | SMI vs. DM, inc, Ns                        |
| ABS-II<br>Irat | SMR   | 96.81  | 34.65 | $F(3,300) = 3.72$<br>$p < .05$  | SMR vs. SMI = -10.70, $p < .05$            |
|                | SMI   | 107.52 | 28.69 |   | SMR vs. DM = -12.00, $p < .01$             |
|                | DM    | 108.82 | 18.09 |   | SMR vs. InC = -11.07, $p < .01$            |
|                | InC   | 107.89 | 18.89 |   | SMI vs. DM, Inc, Ns.                       |
| ABS-II<br>Rat  | SMR   | 140.10 | 20.06 | $F(3,300) = 28.00$<br>$p < .01$                                       | SMR vs. SMI = 18.21, $p < .01$             |
|                | SMI   | 121.88 | 17.81 |   | SMR vs. DM = -2.81, $p < .01$              |
|                | DM    | 142.92 | 13.04 |   | SMR vs. InC = 1.62, $p < .01$              |
|                | InC   | 141.73 | 10.96 |   | SMI vs. DM, Inc = 21.03 / 19.84, $p < .01$ |

DAS = Scala de atitudini disfuncționale, ABS-II (iraț/raț.) Scala de atitudini și convingeri iraționale (itemi formulați irațional/rațional); ATQ = Scala de gânduri automate

Graficul 10 – Vulnerabilitatea cognitivă la grupele experimentale în funcție de nivelul iluziei pozitive



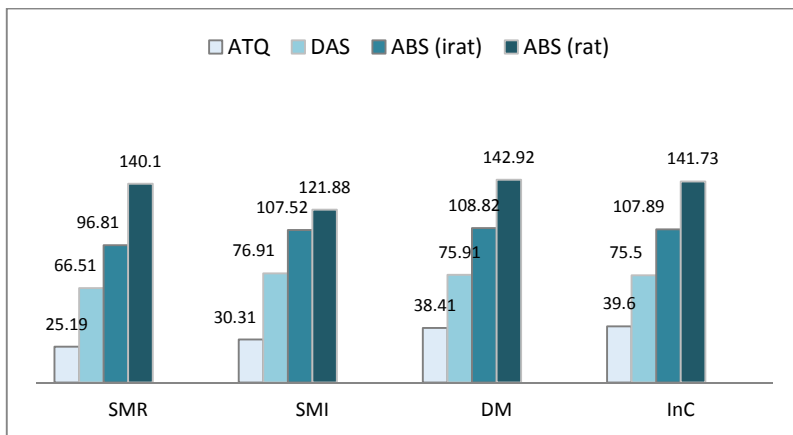
Analiza datelor prin analiza de varianță au pus în evidență diferențe semnificative între grupe la toate variabilele incluse în model. Testele post hoc (Scheffe) indică faptul că diferențele sunt semnificative între grupa SMR - SMI la fiecare componentă, în

favoarea celor cu SMR acestea obținând scoruri mai mici la scalele DAS, ATQ și ABS-2. Dacă ne uităm la mediile obținute de ei însă putem vedea că ei nu manifestă o abatere foarte mare de la valorile normale stabilite pe populația studiată desemnând mai mult o vulnerabilitate cognitivă ușoară spre moderată decât patologică. Cu toate că nivelul scorurilor medii obținute de cei cu SMI nu deviază mult de la standardele intervalelor normale, scorurile seamănă cu scorurile obținute la grupele Dm și InC. Scorurile nu diferă nici statistic, cu excepția convingerilor raționale la care cei cu SMI obțin un scor chiar mai scăzut față de grupul caracterizat de distres manifest. Acest rezultat este cu atât mai interesant cu cât această grupă nivelul de distres nu este asociat cu VC, așa cum era de așteptat conform teoriei cognitive.

Un alt aspect important al datelor este că, cu toate că scalele DAS, ATQ și ABS-2 sunt scale de autoevaluare (să amintim că presupunerea inițială bazată pe teoria și rezultatele lui Shedler et al.1993 a fost că cei cu SMI distorsionează datele în mod pozitiv pe scale de autoevaluare, camuflând distresul) pe aceste scale totuși ei par să fie mai vulnerabili cel puțin comparativ cu grupa de SMR.

În concluzie, cu toate că cei cu SMI nu manifestă tablou clinic, totuși prezintă o vulnerabilitate cognitivă la distres asemănător celor care au raportat depresie și anxietate și evidențiază un profil vulnerabil. Cu toate că un asemenea rezultat a fost unul așteptat și este în convergență cu datele conform cărora schemele disfuncționale timpurii conduc la dezvoltarea unor scheme cognitive disfuncționale actuale, aceste rezultate se remarcă ca fiind noi în raport cu iluziile pozitive și sănătatea mentală iluzorie. Rezultatul nu este interesant doar din motivul că schemele cognitive disfuncționale ne pot oferi o explicație la unele date contradictorii, ci și din motivul că ele au fost de asemenea evaluate cu scale de autoevaluare. Aceste rezultate sugerează că apărarea nu s-a manifestat în aceeași măsură la nivel cognitiv, cum s-a manifestat la nivel afectiv.

Graficul 11 – Varianța dimensiunilor de adaptare cognitivă la grupele analizate



### 3.2.3.5. Autoamăgirea (SDS) și managementul impresiilor (MI)

Una din presupunerile importante ale Studiului 2 era că datele contradictorii observate pot fi datorate celor care distorsionează pozitiv conștient sau inconștient răspunsurile pe scalele de autoevaluare. Tendința de a răspunde în mod dezirabil a fost evaluat prin două dimensiuni:

- autoamăgirea (self deceptive strategies, SDS)
- managementul impresiilor (impression management, MI).

În studiul prezent am inclus automat aceste scale în vederea evaluării tendinței celor cu SMI de a răspunde în mod mai favorabil. Bazând ipotezele pe teoriile legate de negarea defensivă, am presupus că cei cu SMI vor fi caracterizați de grade mai crescute de SDS și IM. De altfel, unii autori (Westen & Weinberg 2004) recomandă acest tip de scale (BIDR, Marlon Crowne) în evaluarea posibilității distorsionării răspunsurilor.

Cu toate că analiza datelor a pus în evidență un efect semnificativ la nivelul grupelor, contrar ipotezelor noastre aceste diferențe s-au datorat discrepanțelor între cei cu SMR/SMI ↔ DM/InC. Ambele grupe (SMR/SMI) au fost caracterizate de grade mai mari de SDS și IM comparativ cu grupele DM și InC. Deși datele nu confirmă ipotezele noastre referitoare la acest aspect, aceste rezultate sunt importante pentru că oferă anumite indicii că (1) cei cu SMI nu distorsionează răspunsurile în mod intenționat și conștient, ci dacă distorsionează, fac acest lucru din motive inconștiente, (2) paradigma evaluării prin autoraport a stilului de a răspunde defensiv nu este potrivită evaluării celor cu SMI; sau mai există posibilitatea ca (3) clinicienii să fi greșit sau testul EMT să nu fie valid. Această ultimă presupunere este mai puțin posibilă deoarece testul a fost validat prin mai multe studii, și de fiecare dată scorurile indicate de acesta au fost concludente cu evaluările clinicienilor.

### 3.2.3.6. Strategii de coping

Pe lângă schemele cognitive și dezirabilitate socială, strategiile de coping reprezintă un alt punct central de dezacord, și totodată un aspect ce ar putea ajuta în privința reconcilierii unor rezultate contrastante (Taylor et al., 2003; Shedler et al., 1993; Cousineau & Shedler, 2006). Am presupus că cei cu SMI se deosebesc de cei cu SMR prin scheme disfuncționale timpurii, iar acestea predispun la dezvoltarea unor scheme cognitive disfuncționale și strategii de coping inadecvate soluționării problemelor (caracterizate de regulă de evitare, negare), dintre cele 14 subscale incluse în subscala de negare, aceasta furnizând o informație importantă și în mod individual. Tabelul 19 prezintă analiza comparativă referitoare la varianța strategiilor de coping la grupele analizate.

Tabelul 19 – Analiza comparativă varianța strategiilor de coping la grupele analizate

| Strategii de coping | Gr.SMR       | Gr. SMI      | Gr.DM        | Gr. InC      | rezultate                    |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------------------|
| 1                   | 59.22 (5.2)  | 52.29 (8.71) | 59.49 (5.79) | 59.57 (5.8)  | F(3,300) = 31.80<br>p < .01  |
| 2                   | 53.22 (6.79) | 42.7 (9.44)  | 54.54 (6.76) | 55.14 (6.71) | F(3,300) = 9.35<br>p < .01   |
| 3                   | 26.96 (3.88) | 35.25 (7.38) | 31 (4.1)     | 31.2 (.91)   | F(3,300) = 21.536<br>p < .01 |
| 4                   | 7.33 (1.81)  | 10.99 (3.27) | 8.75 (1.82)  | 8.26 (1.74)  | F(3,300) = 34.77<br>p < .01  |

1 - Strategii de coping centrate pe soluții; 2 - Strategii de coping centrate pe emoție; 3 - Strategii de coping disfuncționale (evitare, pasivitate), 4 - Negare



După cum putem observa, analiza de varianță a evidențiat diferențe semnificative între grupe în ceea ce privește strategiile de coping. Testul post hoc (*Scheffe*) utilizat ne indică faptul că diferențele sunt semnificative între grupele SMR ↔ SMI la nivelul strategiilor centrate pe găsirea unor soluții (denumit uneori și coping activ): Dif. Med. = 6.93,  $p < .01$ ; la nivelul copingului emoțional: Dif. Med. = 10.46,  $p < .01$ ; disfuncțional - Dif. Med. = -8.28,  $p < .01$  și negare Dif. Med. = -3.65,  $p < .01$ . Diferențele au fost puse în evidență în defavoarea celor cu SMI, aceștia fiind caracterizați de un nivel mai scăzut de strategii de coping centrate pe găsirea unor soluții, și nivel mai crescut de coping disfuncțional și negare. Mai mult, cei cu SMI tind să evite soluționarea problemelor și să nege problemele în mai mare măsură decât cei care au raportat depresie și anxietate. Un rezultat interesant dar nu și surprinzător a fost că cei cu SMI utilizează strategii de coping emoțional în cea mai mică măsură și comparativ cu grupele DM Dif. Med. = -11.78,  $p < .01$  și Inc Dif. Med. = -12.06,  $p < .01$ . Aceste rezultate sunt în concordanță cu rezultatele obținute în literatură conform cărora negarea defensivă este asociată cu stil de coping disfuncțional, evitant și negare.

Am presupus că iluziile pozitive în cazul persoanelor cu SMI vor fi asociate pozitiv cu scheme VC, SDS și IM în timp ce iluziile pozitive ale persoanelor cu SMR vor fi independente de acești factori. Corelațiile iluziilor pozitive cu variabilele vizate sunt prezentate în Tabelul 20.

În ciuda faptului că valorile pozitive generale nu arată o legătură semnificativă cu atitudini disfuncționale și credințe iraționale per ansamblu (pe întregul eșantion) atunci când am diferențiat între grupe putem vedea că ele se asociază cu IP în mod specific la grupa SMI. La grupa cu SMR, iluziile pozitive par să fie independente de prezența cognițiilor iraționale în afară de gândurile automate care se relaționează de optimismul iluzoriu în mod negativ semnificativ la pragul 0.5, cu alte cuvinte cu cât este mai scăzut nivelul gândurilor automate, cu atât crește nivelul iluziilor pozitive. Nu putem spune același lucru despre cei cu SMI, în cazul cărora relația ISI - atitudini disfuncționale este reprezentată de o corelație pozitivă de putere slabă însă semnificativă la pragul  $p < .05$ . Același lucru este valabil și în cazul OI care este asociat cu atitudini disfuncționale în mod pozitiv, semnificativ la pragul de  $p < .05$ . Credințele iraționale centrale sunt similar asociate cu cei trei factori ai iluziilor pozitive în cazul persoanelor cu SMI, astfel credințele centrale iraționale se leagă de imaginea de sine iluzorie, optimism iluzoriu, control iluzoriu printr-o corelație pozitivă de putere slabă. În timp ce la cei cu SMR, DM și Inc atitudinile disfuncționale și iluziile pozitive sunt în relație negativă în sensul că gradele mai scăzute de atitudini disfuncționale se asociază cu grade mai mari de iluzii pozitive, la cei cu SMR această orientare este inversă, cu alte cuvinte cu cât mai mult cresc atitudinile disfuncționale cu atât cresc și iluziile pozitive. Deși iluziile pozitive au evidențiat o legătură semnificativă cu decepția de sine și dorința de a impresiona per ansamblu (în populația generală), atunci când am diferențiat între grupe am putut observa că ele se asociază cu IP. În cazul grupei cu SMR, dorința de a impresiona nu este relaționată semnificativ cu ISI și CI, doar cu OI. Așa cum am presupus, corelații mai puternice și semnificative am găsit la grupa SMI. Astfel, relația ISI - decepția de sine este reprezentată de o corelație de putere medie pozitivă iar OI - decepție de sine de o corelație de putere medie pozitivă ISI - dorința de a impresiona se află într-o relație pozitivă de putere medie ( $r = .390$ ,  $p < .01$ ), iar OI într-o relație pozitivă de putere medie.

Cu toate că iluziile pozitive au evidențiat o legătură semnificativă cu SDS și IM per ansamblu (în populația generală), atunci când am diferențiat între grupe am putut

observa că ele se asociază cu iluzii pozitive în mod special la grupa cu SMI fiind reprezentate de corelații de putere medie pozitivă ISI/ ( $r = .457, p < .01$ ), iar OI/ ( $r = .306, p < .01$ ). Relația IM cu CI a fost reprezentat de o relație negativă însemnând că gradele mai mari de control se asociază cu grade mai mici de management al impresiilor. SDS. era legată semnificativ doar de OI ( $r = .398, p < .01$ ). Asocierea a fost observată și la grupa DM, însă la ele, atât nivelul iluziilor pozitive cât și nivelele de dezirabilitate socială au fost mai scăzute. De asemenea OI este asociat cu atitudini disfuncționale și convingeri iraționale centrale, iar CI este asociat de strategii de coping disfuncțional.

Tabelul 20 – Relația iluziilor pozitive cu dimensiuni ale adaptării psihice la grupele analizate

|                | Gr.SMR |         |         | Gr. SMI |        |        | Gr.DM  |        |        | Gr. InC |         |        |
|----------------|--------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|--------|
|                | ISI    | OI      | CI      | ISI     | OI     | CI     | ISI    | OI     | CI     | ISI     | OI      | CI     |
| STAI           | -.288* | -.415** | .029    | -.448** | -.262* | .147   | -.162  | -.167  | .028   | -.220   | -.310** | -.172  |
| BDI            | -.124  | -.106   | .090    | -.328** | -.065  | -.024  | .036   | -.117  | -.038  | -.215   | -.141   | -.165  |
| EPQ            | -.186  | -.273*  | .032    | -.209   | -.124  | -.128  | -.087  | -.125  | -.094  | .002    | .049    | -.283* |
| POMS (dist)    | -.530* | -.477*  | -.117   | -.391   | -.362  | .122   | -.193  | -.266  | .079   | -.197   | -.126   | -.030  |
| RSS            | .276*  | .232*   | .212    | .294*   | .333** | -.009  | .349** | .188   | .010   | .348**  | .239*   | .309** |
| SWLS           | .037   | .049    | .103    | .201    | .040   | -.201  | .096   | .194   | -.038  | .174    | .022    | .127   |
| LOT            | .304** | .415**  | .210    | .425**  | .509** | .062   | .271*  | .359** | -.013  | .399**  | .495**  | .245*  |
| DAS            | -.043  | -.045   | -.311** | .052    | .263*  | .212   | -.056  | .000   | .032   | -.027   | .123    | -.043  |
| ATQ            | -.146  | -.170   | -.010   | .079    | .058   | .115   | -.169  | -.180  | .083   | -.140   | -.114   | -.199  |
| ABS II (iraț.) | -.161  | -.119   | -.167   | .067    | .346** | .024   | .040   | .122   | -.036  | -.133   | .005    | .091   |
| ABS II (raț.)  | .073   | .181    | -.037   | -.118   | -.062  | .149   | -.071  | .011   | .088   | .094    | -.070   | -.182  |
| SDS (BIDR)     | -.016  | .188    | .104    | .457**  | .306*  | .297*  | .158   | .308** | -.052  | .317**  | -.091   | .175   |
| IM (BIDR)      | .152   | .183    | .068    | .212    | .398** | .154   | .327** | .135   | -.019  | .270*   | .122    | .079   |
| COPE (funct.)  | .054   | .111    | .046    | -.180   | -.223  | -.171  | .027   | .000   | .158   | .127    | .220    | .139   |
| COPE (emoții)  | -.051  | -.020   | .062    | -.063   | -.098  | -.045  | .053   | -.104  | -.182  | .014    | .016    | -.118  |
| COPE (disf.)   | .024   | -.040   | -.147   | -.049   | .185   | .558** | -.050  | -.038  | -.259* | -.078   | -.217   | -.150  |

$N = 304$ , \*\* =  $p < .01$ , \* =  $p < .05$

ABS-II - Scala de atitudini și convingeri

ATQ – Scala de gânduri automate;

SDS - Subscala strategii de autoamăgire;

IM -Subscala managementul impresiilor;

COPE.disf - Strategii de coping disfuncționale (defensiv evitant);

COPE emot. - Strategii de coping centrate pe emoții;

COPE funct. - Strategii de coping centrate pe găsirea unor soluții

STAI - Scala de Anxietate Spielberger;

BDI - Scala de Depresie Beck;

EPQ - Scala de neuroticism a lui Eysenck;

RSS - Scala de stimă de sine Rosenberg

SWLS - Scala de satisfacție cu viața

POMS - Scala de dispoziții emoționale;

LOT - Scala de optimism;

DAS - Scala de atitudini disfuncționale;

Sintetizând rezultatele mai importante obținute până acum:

1. Contrar ipotezelor noastre cei cu SMI nu manifestă grade de iluzii pozitive mai crescute decât cei cu SMR. Ambele grupe se caracterizează de grade preponderent moderate de iluzii pozitive.
2. În ciuda faptului că cei cu SMI nu prezintă un tablou clinic, manifestă vulnerabilitate cognitivă la stres. Deși pe dimensiunile de adaptare afectivă ei evidențiază un profil asemănător celor cu SMR, pe dimensiunea cognitivă evidențiază un profil asemănător celor cu DM și InC.
3. Cei cu SMI nu manifestă un nivel mai crescut de autoamăgire și managementul impresiilor decât cei cu SMR, (așa cum am presupus). În schimb, iluziile pozitive la grupa SMI au fost asociate de tendința de a răspunde în mod favorabil.
4. Iluziile pozitive ale celor din grupa SMI se deosebesc de cele ale grupei SMR prin faptul că ele se asociază pozitiv cu atitudini disfuncționale, cu autoamăgire (ISI; CI; OI) și strategii de coping disfuncționale (doar controlul iluzoriu).
5. Aceste rezultate ne sugerează că (i) paradigma includerii unei simple „scale de minciună” nu ar fi funcționat în mod sigur; (ii) este posibil că cei cu SMI distorsionează înconștient; (iii) este posibil ca iluziile pozitive ale celor cu SMI să fie „false” - însă nu neapărat în așa fel cum a presupus perspectiva de „apărare” ci să fie - generate de cogniții iraționale pozitive (pretenții rigide față de sine, perfecționism).

Nu putem spune precis dacă iluziile pozitive sunt consecința (rezultatul) resurselor pozitive, a emoțiilor pozitive/negative sau efectul este invers. Există dovezi pentru ambele direcții, și în mod sigur ambele direcții sunt posibile. Totuși, pentru a aduce anumite clarificări, și pentru a simplifica lucrurile, întâi am propus să explorăm acele variabile care joacă un rol predictiv în varianța iluziilor pozitive, iar apoi vom construi un model mai complex, în care vom introduce iluziile pozitive și în rol de variabilă predictivă/mediatoare/moderatoare, cu scopul de a obține informații referitoare la cauzalitatea între aceste variabile.

Am presupus că iluziile pozitive reflectă o percepție de sine sănătoasă și sunt asociate cu componente ale sănătății mentale, însă atunci când se asociază cu dezechilibru la nivel psihic și apărare, ele pot fi generate de atitudini disfuncționale - nevoia de aprobare, acceptare, perfecționism și convingeri iraționale rigide de genul: „trebuie să fiu mai bun”, „trebuie să am viața sub control”, viitorul meu trebuie să fie plin de succese” etc. De asemenea, este posibil ca iluziile pozitive să fie generate de cele două forme ale dezirabilității sociale: autoamăgirea (SDS) și managementul impresiilor (IM), așa cum a fost presupus de perspectiva de „apărare”. În Studiul 1 nu am găsit dovezi convingătoare referitoare la aceste presupuneri, probabil fiindcă nu am luat în considerare diferențele individuale.

În vederea testării acestor ipoteze am efectuat o serie de regresii lineare. În primă instanță în modelul de regresie, în rol de variabilă dependentă, a fost introdus factorul general de iluzii pozitive, iar variabilele predictive au fost introduse în trei seturi: resursele pozitive (RP), dimensiunea de adaptare/vulnerabilitate cognitivă (VC.), respectiv cele două forme ale dezirabilității sociale: autoamăgirea (SDS) și managementul impresiilor (IM). În construirea modelului de regresie lineară am utilizat metoda „enter” (una sau două variabile independente) respectiv „stepwise” (mai multe variabile independente) în funcție de numărul variabilelor independente, pe baza recomandărilor din literatura de specialitate (Sajtos & Mitev, 2007). Variabilele introduse în model

au satisfăcut condițiile impuse de analiza de regresie lineară. Între variabilele independente nu a existat multicolaritate (VIF = 3.4). Am controlat pentru efectul variabilelor demografice: vârsta, sexul, nivelul de studii și mediul de proveniență. Coeficientul de determinare și valorile standardizate Beta reprezentând relații multivariate sunt prezentate în Tabelul 21.

Tabelul 21 – Valori Beta standardizate. Predicția iluziilor pozitive de factori sănătate mentală

| Grupe | Resurse pozitive (RP) |                    |                         | Vulnerabilitate cognitivă(VC) |                   |                           | (SDS)/(IM) |                    |                 |
|-------|-----------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------|---------------------------|------------|--------------------|-----------------|
|       | $R^2$                 | F                  | $\beta$                 | $R^2$                         | F                 | $\beta$                   | $R^2$      | F                  | $\beta$         |
| SMR   | .587                  | 13.19<br>$p < .01$ | .491*<br>177<br>360*    | .128                          | 3.58<br>$p < .05$ | -.252*<br>-.083<br>-.204* | .045       | 1.78<br>Ns.        | .065<br>.189    |
| SMI   | .337                  | 2.88<br>$p < .05$  | .464*<br>.200*<br>-.026 | .240                          | 5.12<br>$p < .05$ | .349*<br>.051<br>.159     | .316       | 15.24<br>$p < .01$ | .425**<br>329** |
| DM    | .392                  | 3.22<br>$p < .05$  | .083<br>.617**<br>-.068 | .006                          | .148<br>Ns        | .012<br>-.066<br>.031     | .132       | 6.14<br>$p < .05$  | .252*<br>.208*  |
| InC   | .341                  | 5.16<br>$p < .01$  | .439*<br>-.210<br>.299* | .060                          | 1.47<br>Ns        | .006<br>-.243<br>.019     | .048       | 1.75<br>Ns.        | .044<br>.204    |

\*\* =  $p < .01$ , \* =  $p < .05$ ,  $R^2$  = coeficientul de determinare;  $\beta$  = relații multivariate

Din Tabelul 21 putem observa că în timp ce în cazul grupei SMR, resursele pozitive (RP) explică aproape 60% din varianța iluziilor pozitive ( $R^2 = .687$ ), în cazul grupelor SMI, DM și InC, RP are o putere predictivă de două ori mai slabă.

- La grupele DM și InC acest lucru nu este un rezultat „dubios”, atâta timp cât subiecții au atât nivelul de IP cât și nivelul RP mai scăzut.
- Dintre RP introduse în model, stima de sine (prima valoare  $\beta$ ) și optimismul (a treia valoare  $\beta$ ) s-au dovedit a avea un efect mai puternic per ansamblu grupelor.
- Valorile prezentate în coloana a doua, indică faptul că VC are o putere explicativă slabă însă de două ori mai mare la cei cu SMI față de alte grupe SMR.
- Cu toate că convingerile iraționale și atitudinile iraționale explică o parte din varianța IP ale grupei SMR acest efect este negativ în cazul fiecărei variabile introduse, însemnând că grade mai scăzute de vulnerabilitate cognitivă prezic grade mai mari de IP. În cazul grupei DM și InC, de asemenea există o tendință negativă dar aceasta nu este semnificativă.
- În cazul grupei cu SMI gradele mai mari de atitudini disfuncționale prezic grade mai mari de IP.
- Rezultatele obținute în cazul factorului VC par să fie întărite de rezultatele obținute în cazul dezirabilității sociale. Cu toate că cei cu SMI nu s-au deosebit de cei cu SMR în privința nivelului de SDS și IM, ambele grupe fiind caracterizate de aceste forme de dezirabilitate socială, la cei cu SMI, SDS și IM joacă un rol predictiv semnificativ explicând aproape 33% din varianța IP. În cazul grupei DM, SDS și IM de asemenea are rol predictiv asupra varianței IP.

În concluzie, este posibil ca în cazul persoanelor cu SMI, iluziile pozitive ca („sunt mai bun”, „dețin viața mea sub control”, „am șanse mai bune de reușită”) să fie generate de convingeri disfuncționale și rigide ca: („trebuie să fiu mai bun”, „trebuie să dețin totul sub control”, „trebuie să am succes altfel nu sunt demn de iubit” etc.). Aceste rezultate furnizează suport parțial ambelor perspective. În timp ce patternurile de răspuns ale grupei cu SMR, DM, și INC corespund modelului descris de perspectiva de „adaptare” patternurile de răspuns ale grupei cu SMI corespund cu cele descrise de perspectiva de „apărare”.

### 3.2.3.7. Rolul iluziilor pozitive în predicția adoptării strategiilor de coping prin analiza path și mediere la grupele experimentale

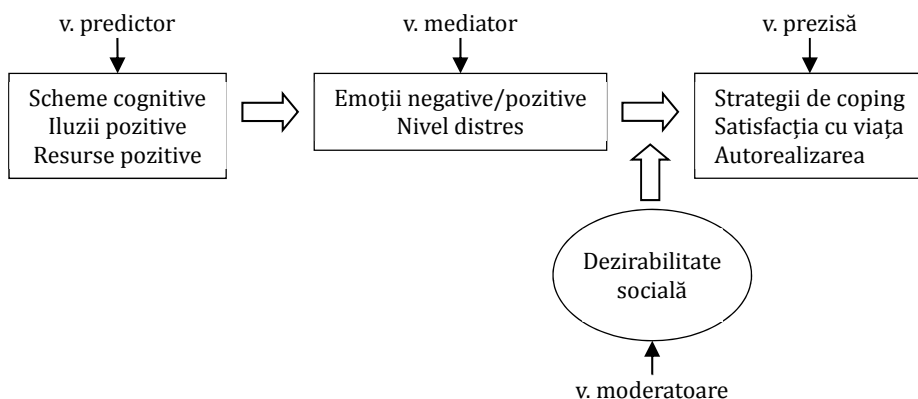
Strategiile de coping reprezintă unul din punctele centrale de dezacord între cele două perspective „apărare” versus „adaptare”. În concepția perspectivei de adaptare, iluziile pozitive sunt resurse care generează mecanisme de coping adaptative, în perspectiva „apărare” iluziile pozitive sunt văzute ca și catalizatoare de mecanisme de coping disfuncționale. Un alt punct critic de dezacord privește găsirea sensurilor în viață și auto-realizarea. În timp ce perspectiva de adaptare susține că iluziile contribuie la optimizarea sănătății mentale prin găsirea sensului vieții și generarea satisfacției cu viața, perspectiva de apărare susține că iluziile conduc la sentimentul de goliciune sufletească, la pierderea sensurilor etc.

În vederea testării unor posibile căi prin care iluziile pozitive influențează direct sau indirect alegerea strategiilor de coping, satisfacția cu viața și autorealizarea (ca și consecințe ale adaptării) am aplicat analiza de path (Path Analysis). Având multe variabile, respectiv mai multe grupe cu diferite predicții și mai multe variabile presupus mediatore, am considerat ca fiind mai utilă utilizarea acestui tip de analiză în loc de utilizarea unei obositoare serii de regresii lineare. Analiza path constă într-o serie de regresii lineare multiple în specificarea direcției lineare a cauzării. Sunt urmate elaborarea modelului teoretico-ipotehic, construcția diagramei cauzale, definirea sistemului de ecuații. Interferențele se bazează pe rezolvarea ecuațiilor de regresie standardizată (care includ coeficienți beta, numiți și coeficienți cauzali sau „path”). Analiza path reprezintă în mod mai naturalist asocierile complexe între variabile comparativ regresiei lineare – are proprietăți explorative și informative considerând că legat de tema cercetată nu există modele sigure și unanim acceptate. În vederea construcției unui path, modele empirice am utilizat softul de ecuații structurale AMOS 18.0.

### 3.2.4. Construirea modelului

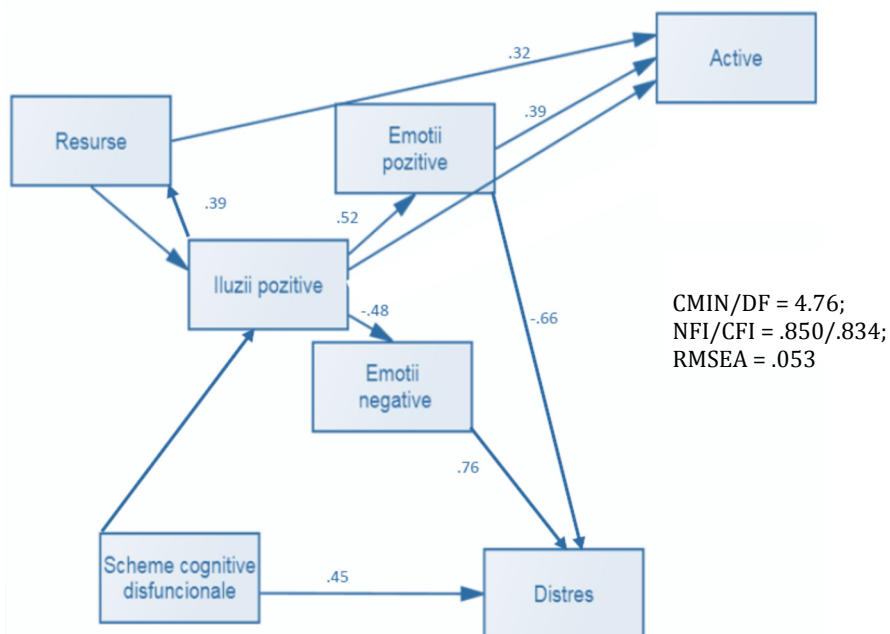
- În prima fază am formulat ipoteze cu privire la statutul variabilelor introduse în model: predictor, moderator, mediator, consecință.
- Dimensiunea de adaptare cognitivă, iluziile pozitive și resursele au fost presupuse ca fiind variabile predictor primare (fiind de natură cognitivă). Variabilele de factor stres și de dispoziție emoțională au fost introduse ca variabile mediatore și moderatoare, iar strategiile de *coping*, satisfacția în relație cu viața și auto-realizarea ca variabile prezise (consecințe). Acest model a fost testat în cazul fiecărei grupe experimentale separat (Figura 5).

Figura 5 – Rolul variabilelor în model



- Relațiile și direcțiile au fost construite în baza ipotezelor formulate inițial. Pentru fiecare ipoteză s-a formulat câte o ecuație de regresie inclusă într-un sistem de ecuații (ecuațiile astfel considerate cu privire la aceeași structură se numesc ecuații simultane, iar sistemul de ecuații se numește sistem structural). Pe parcursul construirii modelelor în funcție de rezultatele obținute am testat mai multe variante de relații și direcții, incluzând în model doar pe cele care s-au dovedit a fi semnificative (pentru a nu încălca modelul). Acordurile și discrepanțele între ipotezele noastre inițiale și rezultat final (privind relațiile și direcția relațiilor) le vom sublinia în cadrul prezentării rezultatelor. Reprezentarea grafică a modelelor obținute prin Path Analysis vezi (Figura 6).

Figura 6 – Analiza de cale Factori care influențează nivelul de distres și alegerea strategiilor de coping la grupa sănătate mentală reală



Rezultatele raportate la modelul de mediere sunt considerate consistente dacă: (1) predictorul este asociat atât cu mediatorul presupus, cât și cu variabila dependentă și (2) după ce controlăm efectul mediatorului, efectul predictorului se reduce. Analiza de mediere a fost calculată după algoritmul propus de Baron și Kenny (1986). Menționăm că relațiile cauzale nu sunt deduse din valorile coeficienților cauzali.

Rezultatele obținute la grupa SMR ( $N = 78$ ) arată că:

- La grupa SMR, IP nu au avut efect direct semnificativ asupra alegerii strategiilor de coping.
- IP au avut un efect direct asupra RP, și asupra dispoziției emoționale pozitive și negative.
- Efectul IP a fost mediat de RP care a exercitat o influență în adoptarea stilului de Cope -Activ centrat pe găsirea unor soluții ( $\beta = .314$ ),  $p < .05$ . Atunci când am controlat efectul IP, efectul RP asupra C-Activ a scăzut, însemnând că efectul a fost mediat parțial de IP.
- De asemenea, IP au avut un efect pozitiv semnificativ asupra emoțiilor pozitive ( $\beta = .522$ ),  $p < .01$  și un efect negativ asupra emoțiilor negative ( $\beta = -.489$ ),  $p < .01$ , însemnând că scoruri mai mari de IP prezic emoții pozitive și scăderea emoțiilor negative. Doar prezența emoțiilor pozitive a avut un efect asupra adoptării unui stil de Cope-Acti ( $\beta = .397$ ),  $p < .05$ .
- Magnitudinea efectului a scăzut atunci când am controlat IP și RP, indicând că emoțiile pozitive respectiv lipsa emoțiilor negative au mediat parțial efectul IP și RP în alegerea strategiei de C-Activ, dar au rămas semnificative. Dispoziția emoțională (prezența emoțiilor pozitive) au mediat efectul IP asupra DIS, efectul direct al acestuia a rămas semnificativ și după controlarea IP.
- VC a avut un efect negativ asupra IP ( $\beta = -.287$ ),  $p < .05$  însemnând că scoruri mai mici de scheme cognitive disfuncționale prezic scoruri mai mari de IP. Scoruri mai mari de scheme cognitive disfuncționale au prezis scoruri mai mari de distres ( $\beta = .455$ ),  $p < .01$ , dar nu au avut un efect semnificativ asupra dispoziției emoționale negative; efect pozitiv asupra nivelului de DIS.
- VC nu a avut efect semnificativ asupra strategiilor de coping adoptate.
- La grupa SMR, IP și VC nu au avut un efect semnificativ asupra adoptării unui stil de coping emoțional sau disfuncțional, (nici în sens negativ nici în sens pozitiv).
- SDS și IM nu au avut un rol semnificativ nici asupra IP nici asupra strategiilor de coping.

Cu toate că IP nu au un efect direct asupra adoptării unui stil de coping centrat pe găsirea unor soluții, au un efect asupra creșterii stimei de sine, a optimismului și a bunei dispoziții, iar acestea ulterior conduc la adoptarea unui stil de coping mai funcțional.

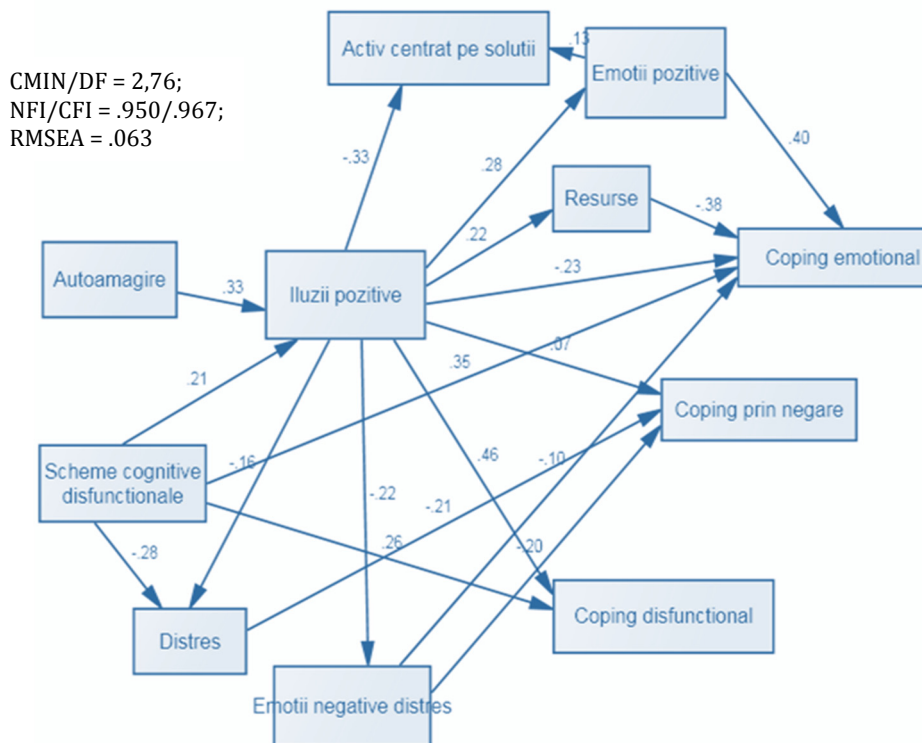
Direcția săgeților indică relația între factori, valorile prezentate sunt indicatori similari valorilor standardizate  $\beta$ .

Rezultatele obținute la grupa SMI ( $N = 69$ ) arată că:

- La grupa SMI, rezultatele au pus în evidență un profil mai complicat și greu de explicat la prima vedere.

- Așa cum ne-am așteptat, la grupa SMI, scoruri mai mari de scheme cognitive au prezis scoruri mai mari de IP ( $\beta = .21$ ),  $p < .05$  și scoruri mai mici de distres ( $\beta = -.287$ ),  $p < .05$  (invers decât la celelalte grupe). Schemele cognitive disfuncționale alături de IP au avut un efect semnificativ asupra adoptării unui stil de coping disfuncțional ( $\beta = .26$ ),  $p < .01$ .
- IP au prezis adoptarea unui stil de C-disf. ( $\beta = .468$ ),  $p < .01$ , explicând 27% din varianța acestuia,  $F(1,67) = 25.28$ ,  $p < .01$ . Atunci când am controlat efectul VC în ecuația IP - C-def., efectul IP a scăzut ( $\beta = .355$ ),  $p < .05$ , însemnând că parțial a fost mediat de VC. Testul Sobel a indicat o valoare de  $Z = 2.12$ ,  $p < .05$ .
- IP nu numai că au avut un efect semnificativ asupra adoptării unui stil de coping disfuncțional (caracterizat prin pasivitate și evitare), dar au avut un efect direct negativ asupra adoptării unui stil de coping activ centrat pe soluții ( $\beta = -.333$ ),  $p < .05$ , însemnând că scoruri mai mari de IP preziceau scoruri mai mici de coping activ.

Figura 7 – Analiza de cale. Factori care influențează alegerea strategiilor de coping și nivelul de distres la grupa sănătate mentală iluzorie



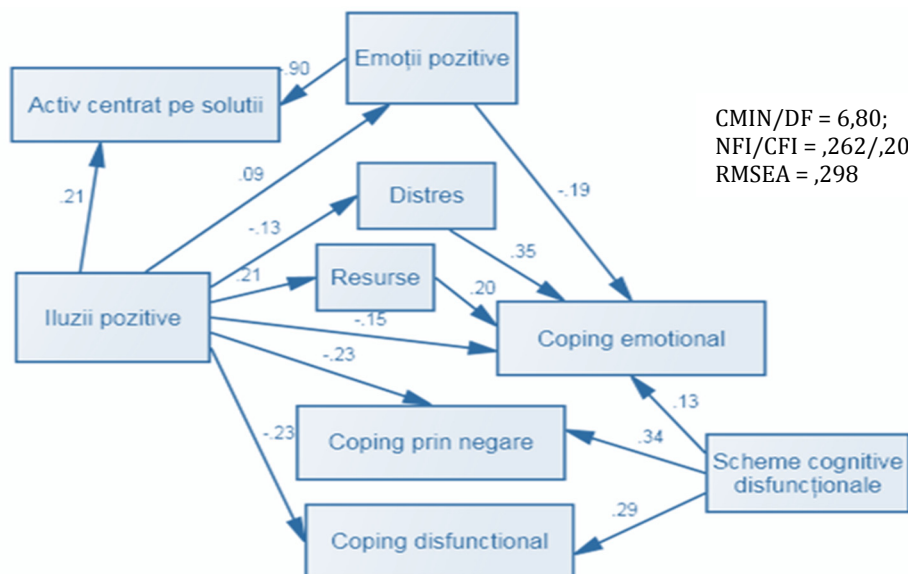
- Deși, contrar ipotezei noastre (și a perspectivei de „apărare”), IP la această grupă nu au avut efect direct asupra negării, însă au un efect prin emoții negative. Deși IP scad emoțiile negative (ca la grupa SMR) totuși emoțiile negative contribuie la negarea problemelor.
- Contrar ipotezelor, autoamăgirea nu a avut efect asupra strategiilor de coping.



- Cel mai interesant rezultat însă a fost pus în evidență referitor la copingul centrat pe emoții. IP au avut un efect negativ asupra adoptării unui stil de C-emoțional ( $\beta = -.23$ ),  $p < .01$  însemnând că scoruri mai mari de IP prezic scoruri mai mici de C-emoțional. Copingul emoțional se presupune că nu este tocmai cel mai adaptativ stil de coping, totuși la această grupe trebuie să luăm în considerare că una dintre caracteristicile lor principale este că încearcă să suprimă emoțiile. Luând în considerare acest aspect, descărcarea emoțiilor la aceste grupe ar fi tocmai adaptativă. În timp ce RP prezic un scor de coping prin descărcare emoțională mică, emoțiile pozitive sporesc descărcarea emoțională (tocmai invers decât la celelalte grupe)
- În mod contrar ipotezei noastre, nu IP prezic ISDS ci iluziile pozitive prezic SDS ( $\beta = .335$ ),  $p < .01$ . Ulterior rezultatele au pus în evidență, că efectul SDS asupra C-def. a fost mediat de fapt de IP, fiindcă atunci când am controlat efectul IP, efectul SDS asupra C-def. nu a mai fost semnificativ, iar efectul IP a rămas neschimbat. Testul Sobel pentru mediere de asemenea a indicat o valoare de  $Z = 2.34$ , semnificativă  $p < .05$ .

În concluzie, se pare că adoptarea unor strategii de C-def. la cei cu SMI se datorează atât efectului direct al iluziilor pozitive, cât și efectului indirect al schemelor cognitive disfuncționale și a auto-amăgirii. Mai mult, VC prin IP la grupa SMI frânează adoptarea unui stil de C-emot. Deși iluziile pozitive nu au avut un efect direct asupra scăderii distresului, ele au un efect indirect tocmai prin strategii de C-disf., susținând ideea că adoptarea strategiilor de *coping* de tip evitant, defensiv ulterior, conduc la distres mai mare. Am presupus că IM și SDS prezic o parte din varianța stilului de C-disf. sau cel puțin este posibil să aibă un rol mediativ între distres - iluzii pozitive - și stilul de *coping* ales. Această ipoteză nu a fost însă confirmată. IM este independentă, nu mediază și nu are nici efect direct. Aceasta are chiar o tendință de „protejare” (nesemnificativă însă), de a nu alege o metodă disfuncțională, prezicând stilul de coping de tip emoțional.

Figura 8 – Analiza de cale. Factori care influențează alegerea strategiilor de coping la grupa distres manifest

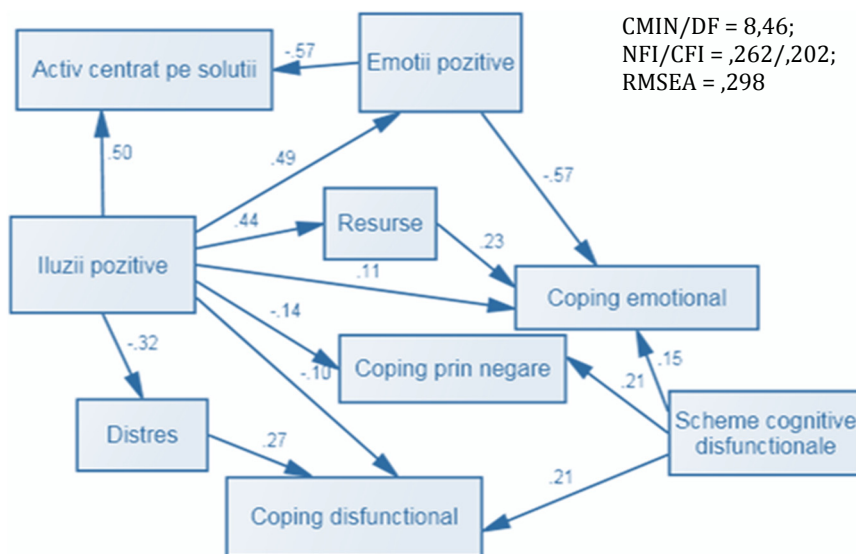


Rezultatele obținute la grupa DM (N = 73) arată că:

- În contrast cu grupa SMI la grupa DM putem vedea că IP au un efect cu toate că slab dar negativ și semnificativ asupra copingului disfuncțional ( $\beta = .234$ ),  $p < .01$  și negare ( $\beta = .235$ ),  $p < .01$  (să ne reamintim că în timp ce grupei SMR nu îi era caracteristic copingul disfuncțional și emoțional, grupei DM și INC aceste stiluri de coping le-au fost caracteristice).
- Ceea ce putem observa este că iluziile pozitive au avut atât un efect direct asupra strategiilor de coping active centrate pe soluții, cât și un efect mediat prin emoții pozitive. În schimb schemele cognitive disfuncționale așa cum era de așteptat și la această grupă prezic adoptarea unor stiluri de coping mai puțin adaptative: evitare ( $\beta = .299$ ),  $p < .01$ . negare ( $\beta = .345$ ),  $p < .01$ . Efectul schemelor cognitive asupra copingului emoțional au fost pozitive dar nesemnificative.
- IP au avut un efect slab negativ direct asupra copingului emoțional. În acest sens, scoruri mai mari de IP prezicând scoruri mai mici de coping emoțional și un direct slab pozitiv semnificativ asupra copingului activ.

Așadar, în timp ce la grupa SMI, IP sporesc adoptarea unui stil de coping disfuncțional, la grupa DM (cu toate că acestea manifestă tablou clinic, erau anxioși, depresivi) IP sporesc adoptarea unui stil de coping mai funcțional. Ceea ce a contat cel mai mult la această grupă în privința adoptării unui strategii de coping funcționale au fost emoțiile pozitive. Atât iluziile pozitive cât și resursele pozitive generează emoții pozitive. În concluzie, în timp ce la grupa SMR, iluziile pozitive funcționează ca și resurse, dar nu sunt „atât de importante” iar la grupa SMI apar drept o piedică în rezolvarea problemelor, la această grupă iluziile pozitive devin un element important în sistemul de resurse psihice care ajută la înfruntarea mai eficientă a problemelor.

Figura 9 – Analiza de cale. Factori care influențează alegerea strategiilor de coping la grupa care trece momentan printr-o criză emoțională



Rezultatele obținute la grupa INC (N = 83) arată că:

- La această grupă IP au avut un efect puternic pozitiv asupra alegerii unui strategii de coping prin găsirea unor soluții ( $\beta = .505$ ),  $p < .01$ . De asemenea efectul iluziilor pozitive apare ca fiind benefic prin tendința de diminuare a alegerii unui stil de coping disfuncțional ( $\beta = -.10$ ) și prin negare ( $\beta = -.14$ ) însă efectul a fost nesemnificativ.
- Nivelul de distres explică 12% din varianța C-def., având un efect direct pozitiv asupra ( $\beta = .357$ ),  $p < .01$ . Atunci când am controlat efectul iluziilor pozitive efectul distresului asupra alegerii C-disf. a scăzut ( $\beta = .27$ ), dar a rămas în continuare semnificativ la pragul critic de .05. Iluziile pozitive au funcționat ca amortizoare a emoțiilor negative.
- VC a avut un efect pozitiv asupra adoptării unui stil C-def. ( $\beta = .213$ ),  $p < .05$ , și negare ( $\beta = .217$ ),  $p < .05$  scorurile mai mari de vulnerabilitate cognitivă prezicând scoruri mai mari de C- disf. și negare și au avut un efect pozitiv asupra distresului ( $\beta = .531$ ),  $p < .01$ , explicând aproape 30% din varianța acestuia ( $R^2 = 29.8$ ). După ce am controlat efectul vulnerabilității cognitive, efectul distresului asupra C-def. nu a mai rămas semnificativ, însemnând că de fapt media efectul VC.
- În mod interesant, dar nu surprinzător, VC, în loc să mărească SDS și IM (ca la grupa SMI), a avut un efect negativ ( $\beta = -.529$ ),  $p < .01$ , explicând 28% din varianța IM., însemnând că scoruri mai mari de VC prezic scoruri mai mici de IM și invers. Iar acestea din urmă au la rândul lor, asemănător iluziilor pozitive, un efect negativ asupra C-disf. ( $\beta = -.244$ ). SDS și IM de asemenea au avut un efect negativ direct ( $\beta = -.478$ )  $p < .01$ , asupra scăderii distresului.

În concluzie, la grupa InC așa cum era de așteptat iluziile pozitive nu au un efect direct nici indirect asupra alegerii unui stil de C-disf. Ei aleg acest stil uneori dar acest lucru este influențat mai degrabă de nivelul de VC mediat de distres și nivelul resurselor pozitive scăzute.

### 3.2.5. Discuții

În cadrul acestui studiu am confruntat cele două perspective contradictorii (adaptare versus apărare): unul care susține că iluziile pozitive sunt un criteriu al sănătății mentale, iar celălalt susține că iluziile pozitive sunt specifice celor cu sănătate mentală iluzorie, se asociază cu comportamente disfuncționale și contribuie la camuflarea distresului. Una din ipotezele cercetării era că cei cu SMI, având scheme cognitive timpurii distorsionate, vor avea vulnerabilitate cognitivă mai crescută, respectiv ei au o tendință de a adopta strategii de coping mai puțin adaptive decât cei cu SMR. Această ipoteză a fost confirmată de rezultate. În timp ce subiecții cu SMI nu par să se deosebească de cei cu SMR în aspecte afective (fără tablou clinic), totuși ei prezintă o vulnerabilitate cognitivă la tulburări emoționale. Cei cu SMI nu numai că prezintă o vulnerabilitate cognitivă crescută față de cei cu SMR, ei se aseamănă mai mult cu cei evaluați ca fiind depresivi și anxioși.

Contrar ipotezei noastre, grupul caracterizat de sănătate mentală iluzorie (SMI) nu dispune de iluzii pozitive mai puternice și nu manifestă autoamăgire și management al impresiilor în mai mare măsură decât grupul cu sănătate reală (SMR). De asemenea cei cu SMI au fost caracterizați de strategii de coping disfuncționale, evitante și negare în mai mare măsură decât cei cu SMR. Dintre cele patru grupe cei cu SMI tind să adopte

strategii de coping disfuncționale în cea mai mare măsură și să și nege problemele în loc să caute soluții. Rezultatele cercetării noastre ne permit să facem predicții asupra strategiei de coping pe care individul tinde să o adopte, pe baza caracteristicilor personalității (să ne reamintim că la cei cu SMI, iluziile pozitive explică 52% din varianța adoptării unui stil de coping evitant).

Este aproape unanim acceptat faptul că utilizarea strategiilor de coping caracterizate prin evitare, distanțare față de stresor, la fel și descărcarea emoțională și utilizarea răspunsului pasiv cognitiv în relație cu evenimentele negative de viață influențează creșterea intensității dispoziției depresive (vezi: Watson & Hubbard, 1996). Acest efect a fost demonstrat și prin studii longitudinale. Altfel spus, copingul evitant poate să genereze o categorie de activități care nu oferă o soluție la problemă, mai ales adicții cu scopul de a fugi de distresul emoțional (Cramer, 2003). Persoanele încrezătoare în abilitățile lor interpersonale s-au dovedit a folosi mult mai frecvent acțiuni directe de coping decât mecanisme evitante (Taylor & Aspinwall, 1996). Preferința pentru acțiunea directă versus activarea mecanismelor defensive poate fi determinată și de scheme cognitive negative (așa cum și rezultatele au pus în evidență). Convingerea că nu poți face față situației determină persoana să-și reprime impulsul spre acțiune sau să nege necesitatea unei soluții (Cramer, 2003).

Dintre cele patru grupe, cei cu SMI tind să adopte în cea mai mică măsură strategii de coping de tip emoțional. Cu toate că strategiile de coping emoționale sunt considerate mai puțin funcționale decât strategiile centrate pe soluționare problemei cu „capul limpede”, acest lucru adeseori depinde de context și problemă. Uneori un coping evitant și emoțional poate fi la fel de util (Carver, Connor-Smith, 2010). Aceste rezultate sunt în concordanță cu cele descrise în literatură (Shedler et al., 1993; Cousineau & Shedler, 2006).

Am presupus că este posibil ca în cazul celor cu SMI, iluziile pozitive (fiind la rândul lor scheme cognitive, vezi *Sursele iluziilor pozitive*) interacționând cu scheme timpurii disfuncționale (nevoia de acceptare, stimă de sine scăzută etc.) pot amplifica efectul negativ al acestora tocmai prin efectul lor de „*lustru pozitiv*” contribuind indirect la camuflarea emoțiilor, gândurilor negative în situații dificile. Rezultatele confirmă această ipoteză parțial. Am presupus că iluziile pozitive vor juca un rol mediator sau moderator între scheme cognitive disfuncționale și alegerea strategiilor de coping, însă efectul a fost invers. Pe o parte iluziile pozitive au influențat în mod direct alegerea acestor strategii, pe de altă parte schemele cognitive disfuncționale au mediat efectul lor respectiv autoamăgirea. Iluziile pozitive ale celor cu SMI, devin disfuncționale fiindcă ele conduc la strategii de coping maladaptative, iar aceasta este o măsură reală a aspectului lor „negativ”, ducând la cercuri vicioase. Caracterul disfuncțional al iluziilor pozitive la această categorie de persoane este însă rezultatul mai multor factori: scheme cognitive timpurii vulnerabile, nevoia de aprobare, acceptare autoamăgire, comportamente care pot duce la pierderea personalității, la golire sufletească, la creșterea tensiunii interioare, formând la final un cerc vicios.

*Cum anume pot genera schemele cognitive disfuncționale iluzii pozitive disfuncționale?* De exemplu, iluzia controlului într-o formă exagerată poate avea în substrat gândul irațional că „*viața este teribilă dacă lucrurile nu ies așa cum dorim*” sau „*dacă vrei să ajungi cineva, trebuie să deții totul sub control*”. Percepția de sine iluzorie exagerată poate să provină din prezumții iraționale ca „*trebuie să fii perfect, altfel viața nu merită trăită*”, „*trebuie să fii bun în absolut toate privințele ca toți ceilalți să mă aprecieze*”, sau „*trebuie să fii bine dispus tot timpul, altfel ceilalți mă consideră un ratat*”. În final, optimismul

exagerat legat de viitor poate să aibă rădăcini în credințe disfuncționale ca: „viitorul meu trebuie să fie frumos”, „în viitor trebuie să am succes, altfel nu merită să trăiesc” etc. Aceste credințe pot contribui la iluzii de genul: „viața ar trebui să fie dreaptă cu toți”, sau „orice problemă are o soluție” sau „viitorul trebuie să fie frumos altfel de ce am trăi”. Astfel de credințe pot activa iluzia că acest lucru „așa și este” și „așa se va și întâmpla”.

Autoamăgirea accentuată poate fi la fel de periculoasă din punctul de vedere al dezvoltării personale și al sănătății mentale. O persoană care pretinde a fi altceva, decât ceea ce este cu adevărat, probabil se va izbi de eșecuri, întrucât se va considera întotdeauna mai bună, va avea așteptări mai înalte față de sine, așteptări pe care nu le va putea îndeplini. Eșecurile succesive vor duce la neputință învățată, la depresie etc. Pe de altă parte, imaginea de sine, controlul, optimismul fals acceptat (gândirea pozitivă forțată descrisă și în partea introductivă a lucrării), adoptat cu scopul de a fi aprobat, pot fi periculoase. O persoană care este dependentă de aprobarea altora, care mereu caută să fie acceptată, respectată și îndrăgită de alții, poate să se abată de la obiectivele proprii, să nu mai poată face deosebire între dorințele proprii și dorințele altora, să fie nevoită să reprime propriile aspirații, emoții care uneori nu sunt în acord cu ceea ce este acceptabil și apreciat de alți. Aceste persoane suferă de multe ori de probleme de identitate (de tip *Cine sunt eu de fapt?*, *Ce vreau?*, *De ce trăiesc?*) pentru că ele caută tot timpul aprobarea altora și încet își pierd identitatea proprie.

Cauzele și circumstanțele apariției (formării) personalității defensive și a personalității cu înclinație spre sănătate mentală iluzorie cum ar fi atașamentul dezorganizat, experiențele negative timpurii legate de inacceptare, ne iubire, formează un sol fertil dezvoltării unor scheme cognitive disfuncționale la vârsta adultă. Schemele cognitive disfuncționale timpurii apărute în urma unor experiențe negative în contact cu anumite evenimente critice de viață pot declanșa o serie de atitudini disfuncționale și gânduri automate conducând la mecanisme de coping disfuncționale închizând cercul vicios. Acest mecanism în cazul persoanelor defensive se complică un pic, fiindcă nu e vorba doar de o simplă schemă vulnerabilă ci de o schemă conflictuală.

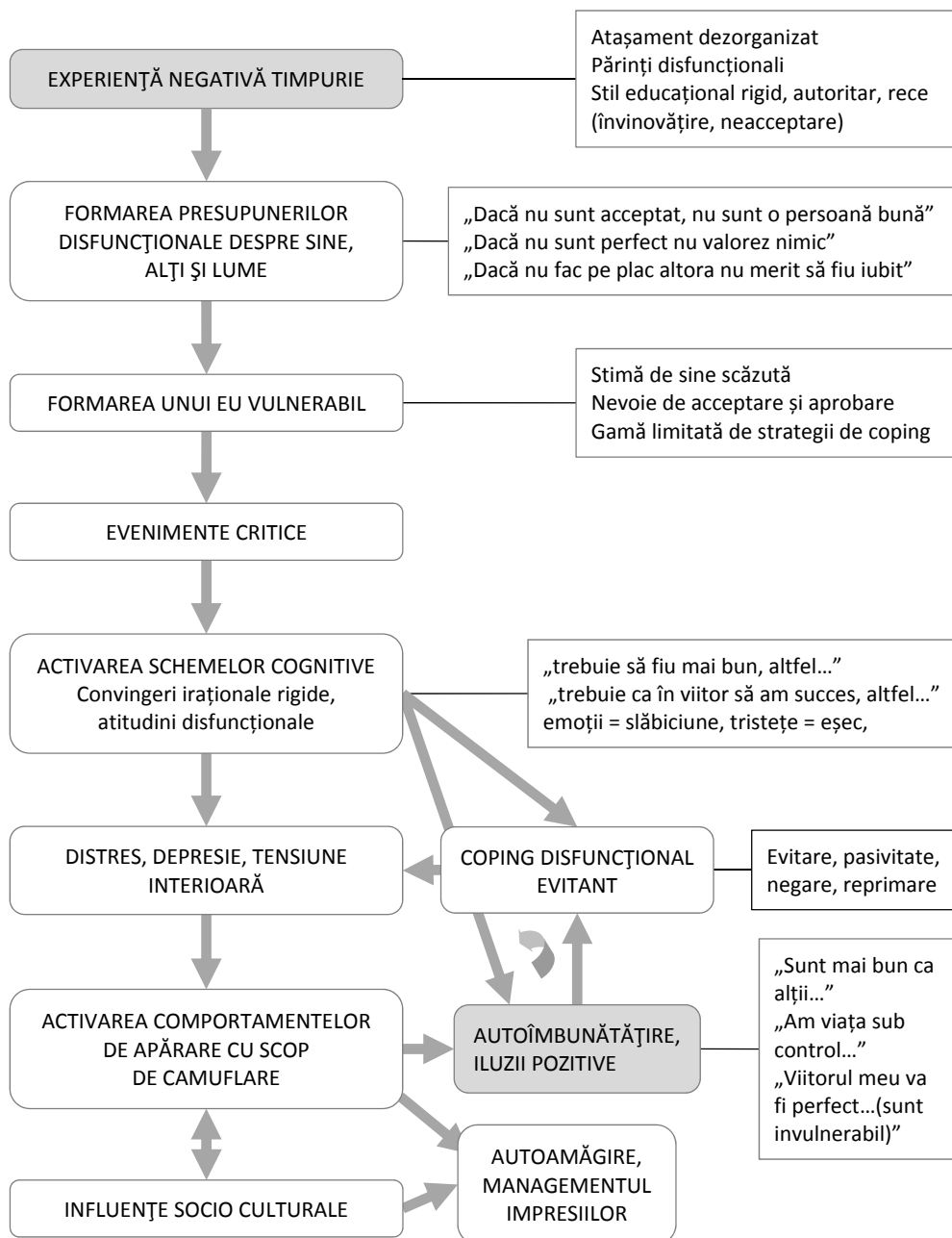
Mai important e că, ceea ce îi diferențiază pe cei cu SMI de cele persoane care manifestă tabloul clinic (în cazul prezent grupa cu DM și InC) sunt credințele iraționale pozitive, absolutistice rigide, nevoia pentru aprobare și acceptare, perfecționismul, pretențiile legate de performanțe personale. Acestea asociindu-se cu o stimă de sine fragilă conduc la un stil defensiv. Pe de o parte, atitudinea disfuncțională de tip „trebuie să fiu perfect”, „alții trebuie să mă accepte” poate intra în conflict cu atitudinea față de sine „mă accept, mă iubesc” iar aceste contradicții pot provoca o tensiune suplimentară.

Pe de altă parte, sintagmele pozitiv formulate de tip: „sunt competent” „mă iubesc” pot fi conectate de emoții negative inconștiente ca rezultat al unor experiențe negative din trecut creând un conflict intern. Sintagma „sunt competent”, „mă iubesc” în zadar sună pozitiv, efectul este invers atâta timp cât se asociază inconștient cu experiențe negative la nivel subiectiv afectiv. Dacă cineva a primit puțină dragoste de la părinți, dacă părinții lui nu s-au iubit, dacă el a fost bun și competent doar când a dus note bune, aceste sloganuri în loc să provoace sentimente pozitive vor provoca tensiune. În lumina asta iluziile pozitive pot fi surse de nevroză.

Acest lucru este susținut de asemenea de faptul, că în timp ce strategia de coping evitant, defensiv este inefficientă uneori poate fi chiar dăunătoare, înfruntarea activă, restructurarea cognitivă, reformularea enunțurilor stringente în forme mai indulgente este eficient. Această schemă disfuncțională este în plus încărcată de cerințele societății moderne. Atitudinea pozitivă și reprimarea emoțiilor este impusă de societatea

modernă: „gândește pozitiv”, „iubește pe tine însuși” - auzim zi cu zi. De pildă, următorul tip de sfat dat femeilor recent divorțate, citat dintr-o revistă renumită: „cel mai important lucru – chiar și dacă pare dificil – este de a păstra zâmbetul pe buze, chiar și atunci când simțim că lumea noastră s-a prăbușit, și toți ne sunt împotriva”. Aceste gen de ajutor din păcate nu va aduce remediarea problemei, ci o va agrava.

Figura 10 – Rolul schemelor cognitive și al iluziilor pozitive în sănătatea mentală iluzorie



Cei care dețin convingerea greșită că a fi pozitiv înseamnă a nu arăta furie, tristețe, frustrare etc. și de a nu se afla în conflict cu alții, trebuie să depună probabil eforturi uriașe pentru a menține această armonie falsă cu ei înșiși și cu lumea. Aceste sentimente pot apărea din nou, în forme mai primitiv exprimate, și mai latente, de simptome fizice. Aceste rezultate arată în direcția ipotezelor noastre și anume că cei cu SMI în ciuda faptului că par să fie „sănătoși”, pe scalele de autoevaluare aleg stiluri de coping disfuncționale (presupus încercând să facă față distresului interior), evită înfruntarea și rezolvarea problemelor negând existența lor, iar aceste comportamente sunt influențate de iluzii pozitive și autoamăgire. În cazul celorlalte grupe, iluziile pozitive nu prezic SDS. Nici invers nu este valabil efectul.

Trebuie să răspundem și la un aparent paradox evidențiat de rezultate. Am presupus că răspunsurile date pe scale de autoevaluare a celor cu SMI „nu sunt de încredere” trebuie tratate cu grijă. De ce a funcționat contaminarea pozitivă în cazul scalelor care măsurau: anxietatea, depresia, optimismul, etc. și nu a funcționat (cel puțin în mai mică măsură) în cazul scalelor care evaluau schemele cognitive (convingerile iraționale, atitudinile disfuncționale)?

O posibilă explicație este că în timp ce o întrebare care pune accent pe emoția neplăcută este mai transparentă, („mă simt atât de trist și de nefericit încât nu mai pot să suport”) și mai directă („mă tem că arăt bătrân și urât”, „mă simt neliniștită”, „sunt nervoasă”) în consecință activează în mai mare măsură comportamentul de apărare. În schimb un item care pune accent pe cogniție nu este la fel de evident (ce dorește să afle) („Omul trebuie să facă bine tot ceea ce face”; „Dacă cineva nu este de acord cu mine asta înseamnă probabil că nu mă simpatizează”). De altfel, în cadrul terapiei cognitive comportamentale este bine știut că pacienții de regulă nu fac legătura între emoție și credința irațională, punând emoția neplăcută pe seama elementului activator „*Mă simt tristă fiindcă soțul a uitat de ziua mea*”, omițând elementul cheie, evaluarea cognitivă (El trebuie să-și amintească de ziua mea, dacă a uitat probabil nici nu mă mai iubește, etc.). Pacienții adesea trebuie învățați să poată identifica gândurile care provoacă emoții negative. Persoanele cu SMI s-au comportat mai puțin defensiv însă și pe scalele care erau menite să detecteze tendința de a se prezenta în mod favorabil, adică scalele de autoamăgire și managementul impresiilor. Acest lucru înseamnă că aceste scale pot fi aplicate la această categorie de persoane cu mai mult succes și mai puțin risc de a obține răspunsuri false decât dacă aplicăm o scală de depresie. Însă acest aspect al rezultatelor necesită un studiu mai aprofundat pentru ca să putem ajunge la astfel de concluzii. Rămâne să vedem în Studiile 6 și 7 (în care vom aplica două metode de măsurare a distresului indirecte care nu lasă loc proceselor conștiente să distorsioneze rezultatele) dacă această ecuație va rămâne la fel.

Așadar, aspectul cel mai important de reținut din studiu este legat de faptul că la cei cu SMI iluziile pozitive se leagă de autoamăgire și scheme cognitive disfuncționale, respectiv strategii de coping disfuncționale caracterizate de negare, evitare, pasivitate, care ulterior este posibil să conducă la mărirea distresului. În schimb, la cei caracterizați de sănătate mentală reală iluziile pozitive se leagă de resurse pozitive, și prin poziția emoțională pozitivă prezic adoptarea unui stil de coping mai adaptativ, în consecință vor reuși să facă față situațiilor dificile mai ușor. O altă concluzie importantă a acestui studiu este că nu nivelul mai ridicat de distres cauzează relaționarea iluziilor pozitive cu comportamente disfuncționale ci reprimarea și negarea distresului.

### 3.2.6. Concluzii

Studiul prezent a fost focalizat pe investigarea comparativă a celor două perspective asupra efectului de auto-îmbunătățire jucat în sănătatea mentală: una care susține că iluziile pozitive sunt un criteriu al sănătății mentale, iar cealaltă care susține că iluziile pozitive sunt specifice celor cu sănătate mentală iluzorie.

Lucrul cel mai important de reținut din Studiul 2 este legat de aspectul dublu (chiar triplu) al iluziilor pozitive, subminând ideile extreme vehiculate de unii autori conform cărora: iluziile pozitive sunt ori benefice ori maladaptative. Rezultatele noastre arată că iluziile pozitive conduc la consecințe negative doar în cazul când se asociază cu negare defensivă, scheme cognitive disfuncționale, fiind benefice în cazurile când nu se asociază cu apărare.

Datele obținute în studiul prezent evidențiază trei profile generale de răspuns la nivelul iluziilor pozitive:

1. Iluziile pozitive se asociază cu consecințe negative comportamentale (strategii de *coping* disfuncționale, evitare, negare, sentiment de goliciune) în acele cazuri în care sunt prezente scheme cognitive disfuncționale timpurii, autoamăgire, iar persoana neagă existența acestora (sănătate mentală iluzorie).
2. În acele cazuri în care iluziile pozitive se asociază pozitiv cu scheme cognitive funcționale, resursele pozitive contribuie la optimizarea sănătății mentale, la dobândirea unei perspective pozitive asupra vieții, la adaptarea unor strategii de *coping* adaptative (sănătate mentală reală).
3. Datele au pus în evidență și un al treilea profil. În acele cazuri în care persoanele exprimă distress sau trec prin momente dificile de viață, ba chiar au unele scheme disfuncționale timpurii și nu neagă emoții pozitive (grupa distress manifest și grupa în criză), iluziile pozitive contribuie la restaurarea afectivității pozitive, a stimei de sine și facilitează găsirea soluțiilor la probleme.

Aceste date furnizează suport parțial ambelor perspective, în opoziție. În timp ce *pattern*-urile de răspuns ale grupei cu SMR, DM și INC corespund modelului descris de perspectiva de "adaptare", *pattern*-urile de răspuns ale grupei cu SMI corespund cu cele descrise de perspectiva de „apărare”.

În baza acestor date delimităm iluziile pozitive funcționale de cele disfuncționale reconsiderând definiția lor: **Iluziile pozitive funcționale** sunt distorsionări *ușoare* ale realității subiective privind imaginea de sine, care se asociază cu credințe funcționale și ajută indivizii să își atingă obiectivele și să treacă de dificultăți prin adoptarea unor strategii de *coping* funcționale. Iluziile pozitive funcționale sunt flexibile și non-absolute, consecvente cu realitatea obiectivă, iar în caz de nevoie se pot modifica. Iluziile pozitive funcționale implică acceptarea trăirilor pozitive și negative și ajută la structurarea imaginii de sine atunci când afectivitatea este negativă.

În schimb, **iluziile pozitive disfuncționale** sunt distorsionări pozitive ale realității subiective, care se asociază cu scheme cognitive disfuncționale (timpurii și actuale) și auto-amăgire în paralel cu negarea stărilor negative, punând obstacol în atingerea obiectivelor. Iluziile pozitive disfuncționale sunt absolute și dogmatice, inconsecvente cu realitatea obiectivă și nu se modifică în funcție de faptele exterioare și/sau interioare.

Din această nouă perspectivă, iluziile pozitive pot fi privite ca un scut sub care se pot ascunde diferite nevoi. În funcție de aceste nevoi, iluziile pot fi protectoare și pot



deveni un obstacol în calea învingerii problemelor. Funcția iluziilor pozitive depinde în primul rând de funcționalitatea schemelor cognitive cu care se asociază, respectiv de prezența/lipsa nevoii de reprimare a emoțiilor și gândurilor negative.

Aceste rezultate au potențialul de a contribui în viitor la înțelegerea implicării gândirii pozitive în tulburările emoționale. Studiul prezent atrage atenția asupra necesității evaluării clinice și/sau a introducerii metodelor indirecte (proiective) de măsurare atunci când lucrăm cu persoane cu probleme sau cu populația generală. Studiul mecanismelor de apărare în raport cu strategiile de auto-îmbunătățire ne provoacă să luăm în considerare ceea ce am fi putut pierde din vedere atunci când am studiat procesele conștiente și neglijarea relativă a procesului în general.

### **3.3. STUDIUL 3. DEOSEBIREA ILUZIILOR POZITIVE FUNCȚIONALE DE CELE DISFUNCȚIONALE PRIN PARADIGMA DE EVALUARE A ANXIETĂȚII CAMUFLATE**

#### **3.3.1. Considerații preliminare**

Cousineau & Shedler (2006), Shedler et al., (1993) presupun că aceia cu sănătate mentală iluzorie reușesc să obțină „statutul” de sănătos mental prin negarea defensivă a disconfortului psihic. „Ei reușesc acest lucru datorită faptului că instrumentele populare și larg folosite în evaluarea sănătății mentale sunt incapabile de a detecta mecanismele defensive, și deci nici tulburările afective ce se ascund după acest paravan” (pag.1117). Dacă rolul iluziilor pozitive este să camufleze distresul interior sau invers să contribuie la dezvoltarea pozitivă reprezintă un punct central de dezacord între perspectiva de „apărare” versus „adaptare”. Studiul prezent utilizează o măsură implicită a anxietății (Hourihan, & MacLeod, 2007) care are avantajul de a înlătura procesele conștiente.

Studii efectuate în anii '80 și '90 au demonstrat că diferite grupuri de populații cu tulburări anxioase sau depresive prezintă o încetinire a timpului de reacție (TR) în denumirea culorii la testul Stroop, dacă apar cuvinte amenințătoare la anxioși (teamă), sau triste la depresivi (eșec). La ora actuală este cunoscut că pentru encodarea în memorie, dar și pentru reactualizarea amintirilor emoționale ne folosim, în mare, de același circuit pe care îl folosim la procesarea valorii emoționale a stimulilor percepțivi, adică amigdala, hipocampusul, corpii striati ventrali (nucleul accumbens), talamusul, cortexul insular stâng, cortexul cingulat anterior, cortexul prefrontal inferior și girusul prefrontal mijlociu drept. Teoriile cognitive ale anxietății susțin că aceasta s-ar asocia cu facilitarea procesării stimulilor aversivi (Anderson & Bower, 1973; Beck, 1976). Prima teorie citată a fost dezvoltată dintr-un model al memoriei asociative umane, elaborat anterior de Bower (cf. Anderson & Bower, 1973). Conform acesteia, toate informațiile din memoria de lungă durată ar fi stocate în nodurile unei rețele, asocierile dintre acestea fiind reprezentate de legăturile dintre noduri. Astfel, nodurile din rețea care corespund unei stări emoționale ar fi conectate cu nodurile care corespund altor informații congruente afectiv, activarea primelor propagându-se către nodurile asociate și influențând sistemul să proceseze preferențial mai departe semnalele congruente cu dispoziția afectivă (Anderson & Bower, 1973).

În mod similar, teoria lui Beck (1976) susține că schemele din memoria de lungă durată, care reprezintă experiențele în care individul a trăit sau a perceput un pericol, ar afecta organizarea informației curente, predispunând individul să selecteze preferențial din mediu semnalele congruente cu acele scheme. Ambele teorii au sugerat deci, că anxietatea s-ar asocia cu tendința de a selecta automat și a procesa preferențial semnalele legate de potențiale pericole. De asemenea, ambele modele au argumentat că această tendință cognitivă ar juca un rol important în patogeneza tulburărilor de anxietate. Diferența majoră dintre cele două teorii este că Beck (1979/2000) a susținut că predispoziția cognitivă de a procesa semnalele unor potențiale pericole ar fi stabilă și s-ar asocia cu trăsături legate de vulnerabilitatea la anxietate, în timp ce Bower a afirmat despre aceeași tendință că ar fi un corelat cognitiv al nivelului curent de anxietate ca stare a unui individ.

Asocierea dintre tendințele cognitive și anxietate a fost larg studiată, atât la voluntari sănătoși diferențiați după trăsături prezumptiv asociate cu anxietatea, cât și la pacienți cu tulburări anxioase, prin cel puțin două abordări (Williams, Mathews, & MacLeod, 1996). Pe de o parte sunt studiile care au încercat să pună în evidență cum procesarea preferențială a stimulilor competenți emoțional poate facilita performanța în anumite sarcini, dovedindu-se, de pildă, că persoanele cu tulburări anxioase au praguri senzoriale mai scăzute pentru stimuli auditivi și vizuali legați de teme îngrijorătoare lor. De cealaltă parte, sunt studiile, mult mai numeroase, care au încercat să arate cum procesarea preferențială a stimulilor emoționali poate interfera cu performanța într-o sarcină. Cea mai larg utilizată metodă folosită pentru studiul interferenței emoționale a fost derivată din testul Stroop – probă în care se afișează denumiri de culori scrise cu o culoare congruentă sau necongruentă, timpul de reacție la denumirea culorii cu care este scris cuvântul fiind mai mare în a doua condiții (MacLeod, 1991), pe baza unor cercetări care indicau că pacienții cu tulburări afective au un TR mai mare la denumirea culorii cu care erau scrise cuvintele cu încărcătură emoțională față de cuvintele neutre. Să notăm că, deși se bazează pe extrapolarea principiului interferenței dintre procesarea automată a trăsăturii care trebuie ignorată și răspuns, sarcina de interferență emoțională derivată din testul Stroop nu este un efect Stroop în sine, adică interferență între procesarea fizică și lexicală a unui cuvânt. Unul din primele studii de acest gen a indicat că pacienții cu tulburare de anxietate generalizată, dar nu și voluntarii sănătoși, prezintă TR semnificativ mai mare la denumirea culorii cu care sunt scrise cuvinte emoționale cu valență negativă de exemplu (ridicol, eșec) față de cuvintele neutre emoțional (de ex. clopot, masă). Mai mult, interferența emoțională a fost mai mare pentru cuvintele care denotau fie pericol fizic, la pacienții ale căror teme anxioase erau legate de iminența vătămării fizice, fie pericol social, la cei la care anxietatea era legată de contexte sociale. Aceste efecte au fost extinse și la alte tulburări anxioase, cum ar fi fobia, tulburarea de panică, tulburarea de stres posttraumatic, sensibilitatea performanței la Stroop emoțional față de disfuncțiile emoționale de intensitate clinică și specificitatea interferenței emoționale față de ruminările anxioase dispunând de un suport empiric considerabil (Williams, Mathews, & MacLeod, 1996).

### **3.3.2. Obiective și ipoteze**

Obiectivul acestui studiu este observarea asocierii iluziilor pozitive cu anxietatea camuflată la cei cu sănătate mentală iluzorie și sănătate mentală, cu diferența că în acest caz paradigma experimentală utilizată este cea a detectării anxietății prin biasări aten-

ționale. Se va urmări confruntarea celor două perspective contradictorii cu scopul clarificării legate de funcția iluziilor pozitive în sănătatea mentală. Acest obiectiv va fi atins prin următoarele căi: (1) testarea ipotezei potrivit căreia sănătatea mentală iluzorie se asociază cu distres psihic latent; (2) testarea ipotezei conform căreia iluziile pozitive se asociază cu distres latent; (3) explorarea unor căi posibile prin care efectul iluziilor asupra performanței cognitive este mediat.

- În cazul în care iluziile pozitive ar fi „apărări” ar trebui să se asocieze cu un TR mai mare, respectiv interferență cognitivă mai mare la stimuli care prezintă amenințare. Dacă iluziile pozitive sunt resurse, ele ar trebui să se asocieze cu TR mai mici (deci, cu interferență cognitivă mai puțină).
- Bazându-ne ipotezele pe rezultatele obținute în Studiul 2, presupunem că cei care manifestă iluzii pozitive vor manifesta mai puțină interferență cognitivă la stimuli cu conținut amenințător în comparație cu persoanele care nu dețin aceste resurse. În schimb, persoanele cu sănătate mentală iluzorie vor avea timpi de reacție (TR) mai mari la stimuli cu conținut amenințător (interferență cognitivă mai mare) în comparație cu cei cu sănătate mentală reală. Concret, aceasta înseamnă că acei subiecți care răspund la stimuli critici mai încet au fost mai afectați de natura emoțională a acestora.

### **3.3.3. Metoda**

#### **3.3.3.1. Participanți**

Participanții au fost studenți recrutați ( $N = 102$ ) din care 24 bărbați și 78 femei cu vârste cuprinse între 18–29 de ani (vârsta medie, 23.84 ( $SD = 7.04$ )). Studenții au participat pe bază voluntară. Din experiment au fost excluși acei participanți care sufereau de boli psihice și/sau se află sub tratament cu medicație psihotropă (antidepresive, anxiolitice). Repartizarea pe grupe (SMI, SMI, SMR, DM) a fost efectuată pe baza evaluării clinice conform procedurii descrise în cadrul Studiului 2. Participanți au semnat un acord de participare voluntară la studiu, conform recomandărilor Declarației de la Helsinki (1965/2004) pentru studii clinice non-intervenționale. Pentru păstrarea confidențialității participanții au furnizat doar inițiale și codul de identificare stabilit anterior în faza de testare.

#### **3.3.3.2. Procedura și instrumente**

Experimentul a avut trei faze: (1) evaluarea iluziilor pozitive; (2) evaluarea clinică prin amintiri timpurii (proces descris în cadrul Studiului 2); (3) sesiune de laborator. Sesiunea de laborator a constat în cele două probe care măsoară anxietatea în mod implicit excluzând procesele înconștiente. După obținerea consimțământului de participare la experiment, subiecții au completat scalele de autoevaluare (POMS și STAI) după care li s-au dat instrucțiunile de către conducătorul de experiment. Instrucțiunile pentru prima probă au fost următoarele: „Pe ecran vor apărea fețe umane/cuvinte în diferite culori. Dumneavoastră trebuie să apăsați pe tastatură în funcție de culoare imaginii respective în cel mai scurt timp. Ignorați imaginea și concentrați-vă la culoare. Lucrați cât de repede puteți, calculatorul va înregistra timpii de reacție. Continuați exercițiul atâta timp până când pe ecran apare cuvântul „sfârșit””.

Experimentul s-a desfășurat în grupe de 8–10 persoane într-o sală dotată cu computere. Pe tastatura fiecărui computer au fost lipite culorile potrivite: săgeata în stânga (roșu), săgeata în sus (verde) și săgeata în dreapta (albastru). Pe un ecran negru apăreau fie în marginea din dreapta fie în cea din stânga, dreptunghiuri dispuse vertical. În interiorul dreptunghiului (ca într-o ramă) a fost o fotografie a feței unei persoane (proba 1) sau un cuvânt (proba 2). Fața putea avea o expresie calmă, neutră, furioasă sau una speriată. Cele patru tipuri de fețe au fost generate aleator de către calculator. Subiecții au fost instruiți să ignore fețele și să răspundă rapid, apăsând una din cele trei taste ale computerului, în funcție de culoarea imaginii sau a cuvântului. Imaginile sau cuvintele au fost menținute pe ecran până ce subiectul apăsa una dintre cele trei taste. Calculatorul înregistra timpii de reacție în cazul răspunsului congruent sau incongruent, dar menționând și culoarea, respectiv tipul expresiei – neutră sau speriată – și corectitudinea răspunsurilor. După terminarea celor două probe participanților li s-a oferit o foaie și au fost rugați să evoce în scris câte cuvinte pot din a doua probă. Rezultatele obținute în urma celei de a treia probă nu sunt incluse în studiul prezent, datele aflându-se în prelucrare.

#### Materiale:

Pentru elaborarea probei cu expresii faciale am folosit bateria de imagini standardizate Picture of Facial Affect (POFA) de la Ekman și Friesen (1976), iar pentru varianta verbală am folosit lista de cuvinte afective standardizate.

Imaginile, respectiv listele de cuvinte, au fost obținute cu licența autorilor. Cele două softuri au fost elaborate în programul Java de către un informatician.

1. *Sarcina Stroop emoțional – varianta expresii faciale*: În varianta pictorială, pe imaginile alb negru a fost proiectat un filtru colorat transparent de culoare roșie, verde și albastră în programul de prelucrat imagini Photoshop. În total au fost selectate 44 de imagini (fețe umane) din care 11 au fost fețe speriate, 11 fețe furioase (stimulii emoționali negativi), 11 fețe zâmbitoare (stimul emoțional pozitiv) și 11 fețe calme (vezi Anexa 5.1.). Primele trei imagini erau exerciții. Din cele 44 de fețe umane, 22 au fost bărbați și 22 femei. Aceeași persoană apărea de 4 ori cu diferite expresii faciale. Fiecare imagine a apărut în mod aleator în cele trei culori, așadar în total au fost  $44 \times 3 = 132$  triale. Proba a durat aproximativ 8–10 minute.
2. *Sarcina Stroop emoțional – verbală*: Cuvintele afective au fost alese dintr-o arhivă lexicală cu norme psihometrice de asociere semantică folosite în experimentele clasice. Listele inițiale de cuvinte asociate semantic, generate din arhivă, au fost traduse în românește prin cuvântul cu sensul cel mai apropiat, indicat de un dicționar englez-român, normele de asociere semantică pentru traducerea românești fiind verificate pe un eșantion independent de 30 de participanți. Toate cuvintele incluse în listele finale au fost substantive cu lungimi comparabile. Toți stimulii au fost standardizați după valoarea de arousal (activatori sau nonactivatori) și valența emoțională (pozitivă sau negativă) de același grup de evaluatori independenți care au cotate asocierea semantică dintre stimuli (Anexa 5.2.)

În a doua probă, am proiectat o sarcină lexicală, în care alternau secvențe de tip Stroop de denumire a culorii și Stroop emoțional (3x4). Lista a inclus: (1) stimuli cu scoruri mici de arousal și medii de valență emoțională (neutri); (2) stimuli cu scoruri

mari de arousal și scoruri mici la scala de valență emoțională (activatori plăcuți); (3) stimuli cu scoruri mari de arousal și cu scoruri mari de valență emoțională (activatori neplăcuți). Dintre aceștia, au fost selectați într-o fază intermediară acei stimuli care au avut scoruri extreme de arousal, adică foarte mici pentru stimuli neutri și, respectiv, foarte mari pentru cei activatori, și, dintre cei activatori, doar cei cu scoruri extreme la scala de valență – în acest fel, ne-am asigurat că stimuli neutri diferă de cei activatori prin arousal, iar cei activatori diferă între ei numai prin valența emoțională. Stimulii din lista intermediară au fost traduși cu ajutorul unui dicționar englez-român, verificați prin retroversiunea efectuată de un specialist și apoi cotați de un lot de evaluatori orbi ( $N = 30$ ). Din această listă intermediară, au fost aleși câte 10 stimuli din fiecare categorie, ale căror cotați de arousal și valență au fost comparabile cu cele indicate de etalon (pentru exemple, vezi Anexa 5.2.).

Așadar, în proba verbală au fost utilizate în total 60 de cuvinte din care 10 cuvinte negative cu valență controlată – zece cuvinte pozitive și zece cuvinte neutre corespunzătoare ca lungime (nr. silabe), respectiv zece cuvinte pozitive cu valența controlată și zece cuvinte pozitive, respectiv neutre corespunzătoare ca lungime (vezi anexa). Așadar în total au fost 20 de cuvinte negative, 20 pozitive și 20 neutre. Din cele 20 de cuvinte negative, 10 au avut conținut amenințător și 10 conținut de refuzare/inacceptare. Fiecare cuvânt a apărut de trei ori în mod aleator în cele trei culori (roșu, verde și albastru) așadar în total au fost  $60 \times 3 = 180$  de triale. Proba a durat aproximativ 10 minute.

### 3.3.4. Rezultate

Ca date de analizat se iau în considerare diferența, media răspunsuri incongruente neutre – media răspunsuri incongruente speriate și furioase precum și numărul de erori. De asemenea se menționează dacă media răspunsuri incongruente speriate este cumva cea mai mică dintre medii (congruente sau incongruente, speriate sau neutre). Datele au fost analizate prin teste  $t$  Student și ANOVA, corectată pentru măsurători repetate acolo unde a fost cazul și urmată de teste post hoc.

Am comparat mai întâi latența răspunsurilor la stimuli neutri față de cei emoționali. Arousalul emoțional a avut un efect semnificativ asupra timpilor de reacție  $F(2,101) = 1.89, p < 0.1$ ). Interferența emoțională a crescut latența răspunsului cu o diferență medie de 70 ms între stimuli emoționali față de stimuli neutri. La proba pictorială nu au fost diferențe per ansamblul lotului între fețe calme și fețe furioase. Analiza TR de asemenea nu a arătat diferențe semnificativă între fețe calme (stimul neutru) și fețe fericite (zâmbărețe). Analiza TR a indicat un avantaj în procesarea fețelor fericite ( $M = 735\text{ms}$ ) în raport cu fețele speriate/furioase ( $M = 853\text{ms}$ ),  $t = 2.64, p < .05$ .

#### 3.3.4.1. Efectul iluziilor pozitive asupra TR

La nivelul iluziilor pozitive au fost create trei grupe: cei fără IP, cu IP moderate și IP accentuate acestea reprezentând variabila quasi independentă, iar în funcție de acestea a fost analizată varianța performanței cognitive la cele două sarcini de Stroop emoțională cea verbală și cea pictorială prin utilizarea analizei de varianță.

Am analizat dacă iluziile pozitive au avut efect asupra magnitudinii interferenței emoționale la stimuli activatori neplăcuți. Pentru aceasta, am calculat diferențele

dintre timpii de reacție (TR) pentru stimulii activatori plăcuți (pozitivi/-neutri), respectiv, neplăcuți (negativi/neutri), și TR pentru stimulii neutri. Se consideră că aceste scoruri reflectă tendința de procesare preferențială a stimulilor activatori plăcuți sau neplăcuți. Comparațiile multiple între condițiile experimentale au fost realizate cu testul Scheffe (Tabelul 22).

Tabelul 22 – Comparații între grupe în privința performanței cognitive la condiții experimentale

| Condiții experimentale | Scăzute         | Moderate        | Ridicate        | Rezultate                  |
|------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------------------|
| Fețe furioase          | 745.35 (116.46) | 745.12 (99.64)  | 740.86 (121.31) | $F(2,100) = 2.56, Ns.$     |
| Fețe neutre            | 749.88 (140.89) | 745.28 (99.15)  | 741.94 (133.35) | $F(2,100) = 1.19, Ns.$     |
| Fețe speriate          | 803.64 (116.27) | 746.50 (101.70) | 727.50 (81.24)  | $F(2,100) = 3.61, p < .05$ |
| Fețe fericite          | 821.21 (106.33) | 742.17 (100.91) | 769.40 (81.89)  | $F(2,100) = 3.15, p < .05$ |

Contrar așteptărilor, nu au fost observate diferențe semnificative în privința nivelului iluziilor pozitive în cazul fețelor furioase și neutre cu toate că există o tendință de procesare mai rapidă în ceea ce privește performanța celor fără iluzii pozitive față de cei cu iluzii pozitive moderate și accentuate. Un rezultat neașteptat și interesant în schimb a fost că cei cu iluzii pozitive moderate au manifestat procesare mai rapidă (interferență mai scăzută) la fețe zâmbărețe. Cei cu iluzii pozitive moderate au manifestat un TR mai mic la fețe pozitive față de fețe neutre  $t(56) = 2.89, p < .05$ . Nu au fost diferențe semnificative între TR la nivel de fețe speriate-pozitive. Acest rezultat pe de o parte arată că nu valența emoțională a stimulului a avut efect. Pe de o parte pune în evidență o procesare mai rapidă a stimulilor pozitive la cei cu IP moderate. Aceeași analiză am efectuat-o și în cazul probei lexicale. În ceea ce privește rezultatele, mediile și abaterile standard sunt prezentate în Tabelul 23.

Tabelul 23 – Comparații între grupe în privința performanței cognitive la proba lexicală

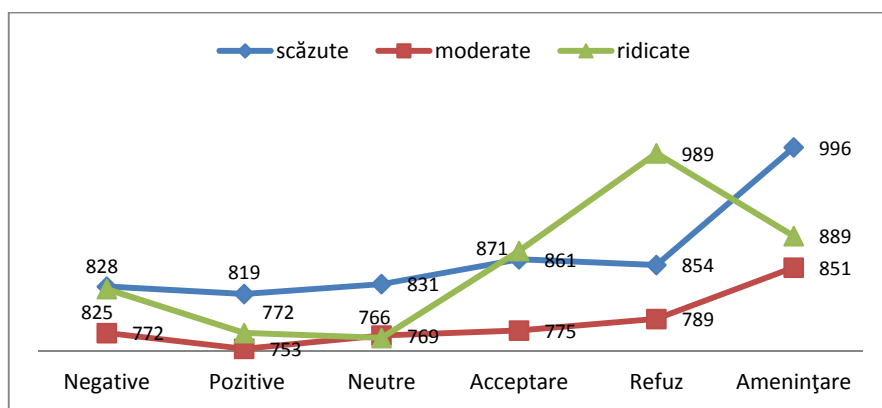
| Proba lexicală   | Scăzute   | Moderate  | Ridicate  | Rezultate                  |
|------------------|-----------|-----------|-----------|----------------------------|
| Cuvinte negative | 831 (262) | 772 (117) | 766 (126) | Ns.                        |
| Amenințare       | 819 (219) | 723 (133) | 772 (128) | Ns.                        |
| Cuvinte neutre   | 828 (204) | 769 (114) | 825 (187) | Ns.                        |
| Acceptare        | 861 (146) | 775 (156) | 871 (190) | Ns.                        |
| Refuz            | 854 (119) | 789 (208) | 989 (109) | $F(3,101) = 5.03, p < .01$ |
| Cuvinte pozitive | 896 (167) | 789 (198) | 889 (136) | $F(3,101) = 7.44, p < .01$ |

Refuz: Ridicat vs. Scăzut Dif. med. = 135,  $p < .05$  Scăzut vs. Ridicat Dif. med. = 145,  $p < .01$   
Cuvinte pozitive: Ridicat vs. Moderat Dif. med. = 200,  $p < .05$  Scăzut vs. Moderat Dif. med. = 107,  $p < .05$

Contrar așteptărilor noastre, nu au fost observate diferențe semnificative în privința nivelului iluziilor pozitive în cazul cuvintelor negative (amenințătoare și negative generale) cu toate că există o tendință de procesare mai rapidă în ceea ce privește performanța celor fără iluzii pozitive față de cei cu iluzii pozitive moderate și accentuate. Însă, conform reprezentărilor grafice, aproape aceeași tendință a rezultatelor se poate observa și în cazul cuvintelor pozitive și neutre. În concluzie, este posibil ca persoanele fără iluzii pozitive pur și simplu să fie mai lente în ceea ce privește performanțele cognitive în general nu și din cauza unui stimul emoțional cu valență negativă

interferentă. Un rezultat important însă este că, cu toate că IP nu au un efect de îmbunătățire a performanței la stimuli negativi ei au avut un efect îmbunătățitor la stimuli pozitivi (acceptare, cuvinte pozitive generale). O altă diferență semnificativă s-a pus în evidență legat de cuvintele cu conotație de refuz. În mod surprinzător, cei cu iluzii pozitive mai ridicate au manifestat TR mai mare comparativ cu cei cu iluzii pozitive scăzute și moderate.

Graficul 12 – Performanța cognitivă în diferite sarcini la proba lexicală în funcție de nivele iluzii pozitive



Conform procedurii descrise în cadrul Studiului 3 au fost create trei grupe de sănătate mentală: cei cu SMI, SMR, DM și InC acestea reprezentând variabila quasi independentă, iar în funcție de acestea au fost analizată varianța performanței cognitive la cele două sarcini de Stroop emoțional cea verbală și cea pictorială prin utilizarea analizei de varianță. Comparațiile multiple între condițiile experimentale au fost realizate cu testul Scheffe. (Tabelul 22).

În prima faza experimentală a fost pus în evidență un efect semnificativ al timpului de reacție doar în cazul fețelor furioase  $F(3,102) = 4.22$  la  $p < .01$ . Comparațiile post hoc în ceea ce privește timpul de reacție în această sarcină a evidențiat diferențe semnificative în sensul unui TR mai mare la grupul cu SMI, atât față de grupul în privința celorlalte condiții experimentale. Comparațiile intragrup nu au pus în evidență diferențe semnificative între timpii de reacție între cele 4 condiții experimentale nici în cazul lotului cu SMI, DM cu InC, cu toate că există o tendință de creștere în defavoarea acestora față de cei cu SMR. Rezultatele obținute confirmă doar parțial ipoteza de pornire a studiului. Cei cu sănătate mentală iluzorie, deși nu se deosebesc de cei cu sănătate mentală reală, atunci când au fost evaluați cu scale de autoevaluare în privința sănătății mentale, se comportă mai mult ca și cei cu distress manifest sau cei care trec printr-o criză emoțională cu alte cuvinte fiind „trădați” de un test care măsoară anxietatea în mod implicit (Graficul 13, A).

Diferențele între sarcina pictorială versus lexicală sunt de asemenea demne de menționat.

Cu toate că ne-am așteptat la interferențe mai mari în cazul sarcinilor pictoriale comparativ cu proba lexicală, având în vedere că probele care implică imaginii reușesc să evite în mai mare măsură „influența conștientă” și provoacă răspunsuri mai reală, nu a fost așa. La sarcina pictorială am găsit o interferență mai mică per ansamblu ( $M = 733$ ,  $SD = 95$ ) în comparație cu sarcina lexical ( $M = 833$ ,  $SD = 143$ ),  $t = 7.20$ ,  $p < .01$ .

Tabelul 24 – Medii și abateri standard ale performanței cognitive ale grupelor experimentale

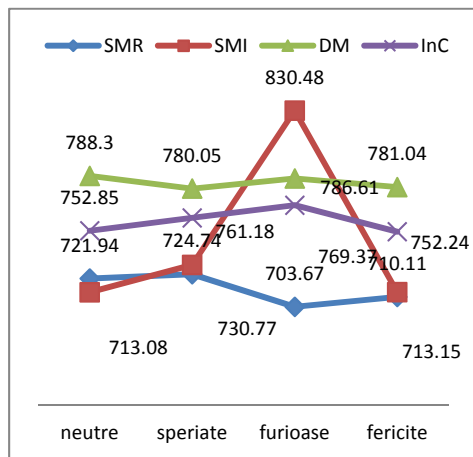
| Proba pictorială          | SMR                | SMI                | DM                 | InC                |
|---------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Fețe neutre               | 721.94<br>(131.03) | 713.08 (68.37)     | 788.30<br>(117.55) | 752.85<br>(102.81) |
| Fețe speriate             | 724.74 (95.53)     | 730.77 (80.48)     | 780.05<br>(131.78) | 761.18 (96.64)     |
| Fețe furioase             | 703.67<br>(100.29) | 830.48 (83.40)     | 786.61<br>(126.62) | 769.37 (99.94)     |
| Fețe speriate și furioase | 718.25 (86.30)     | 736.79 (78.84)     | 786.99<br>(120.19) | 770.86 (95.34)     |
| Fețe pozitive             | 710.11 (69.00)     | 713.15<br>(109.69) | 781.04<br>(117.25) | 752.24 (95.17)     |
| Proba lexicală            |                    |                    |                    |                    |
| Cuvinte negative          | 745.21<br>(112.90) | 842.51(75.37)      | 850.57<br>(294.96) | 817.44<br>(147.93) |
| Cuvinte pozitive          | 735.98 (97.55)     | 800.28 (74.92)     | 813.23<br>(247.29) | 850.54<br>(163.29) |
| Cuvinte neutre            | 742.44<br>(110.57) | 719.47 (72.68)     | 819.94<br>(230.68) | 831.89<br>(139.74) |

În cea de a doua fază experimentală a fost pus în evidență un efect semnificativ al timpului de reacție în cazul cuvintelor negative  $F(3,102) = 4.33$  la  $p < .05$  ceea ce este conform așteptărilor noastre. În ceea ce privește performanța cognitivă măsurată de timpul de reacție în sarcina cuvinte negative, comparațiile post hoc au evidențiat diferențe semnificative în sensul unei performanțe mai slabe la grupul cu SMI și DM atât față de grupul cu SMR cât și față de grupul cu InC. În cazul sarcinii *cuvinte negative* au fost evidențiate diferențe semnificative doar la pragul critic ( $p < .10$ ) în sensul unui timp mai mare de reacție la grupul cu SMI și DM și InC față de grupul cu SMR. Conform așteptărilor, nu au fost observate diferențe semnificative în privința condiției experimentale *cuvinte neutre*, cu toate că există o tendință de creștere în cazul persoanelor cu SMI, DM și InC. Este posibil ca aceste persoane cu distres psihologic crescut, comparativ cu cele cu SMR, să reacționeze mai lent la orice stimul prezentat, indiferent de valența emoțională. În concluzie, rezultatele obținute confirmă în mod parțial ipoteza de pornire a studiului. Conform așteptărilor, cei cu SMI deși nu se deosebesc de cei cu SMR, atunci când au fost evaluați cu scale InC. În mod interesant, performanța cognitivă a celor cu SMI și DM este afectată nu doar în cazul cuvintelor amenințătoare și de refuz, dar și în cazul cuvintelor cu valență pozitivă (de acceptare). Se pare că performanța cognitivă este afectată de stimuli cu valență emoțională în general, probabil din cauză că suferă de probleme emoționale (Graficul 13, B).

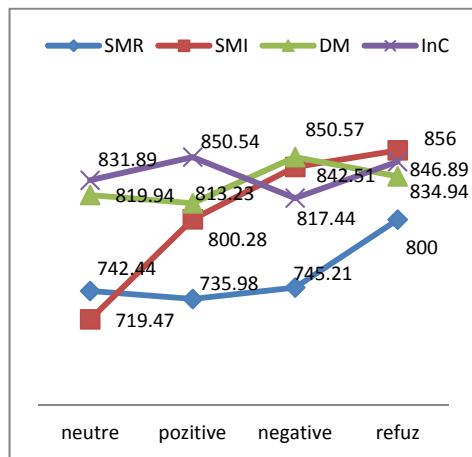
Performanțele cele mai slabe, la ambele sarcini, fețe speriate și furioase, respectiv cuvinte negative, se pot observa la grupa cu distres manifest fără iluzii pozitive. Putem observa că la cei la care iluziile pozitive sunt prezente, indiferent că se clasifică în grupa SMI, DM, InC sau SMR performanța cognitivă în ambele sarcini de interferență emoțională este bună. Analiză multivariată a fost utilizată cu scopul de examina efectul interacțiunii diferiților factori ai iluziilor pozitive asupra varianței performanței cognitive în sarcinile de Stroop emoțional de data aceasta eliminând posibilul efect al nivelului de anxietate.



Graficul 13 - Performanța grupelor experimentale la sarcina pictorială (A) și sarcina lexicală (B)

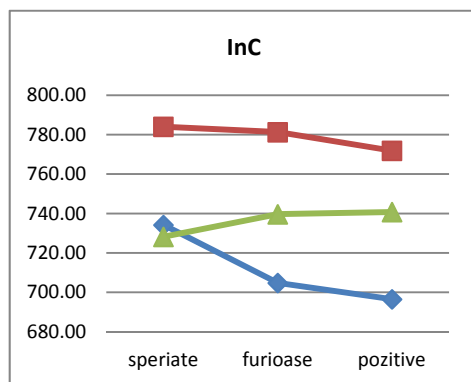
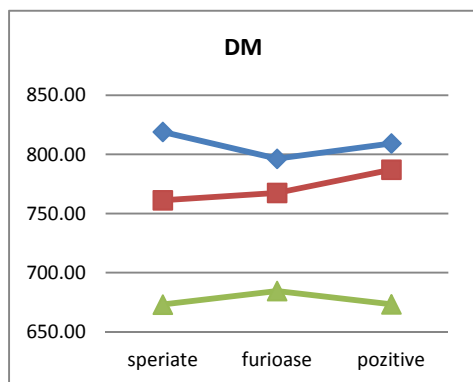
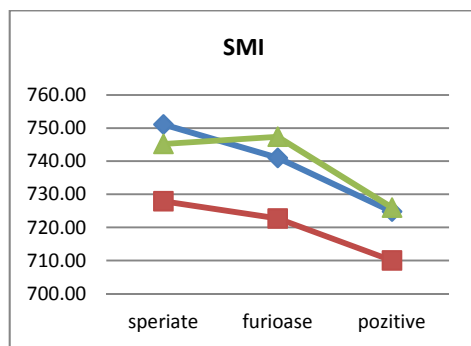
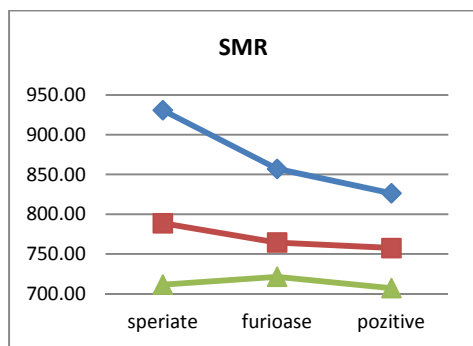


A



B

Graficul 14 - Performanța cognitivă (TR) a grupelor la sarcina pictorială



◆ scăzute ■ moderate ▲ ridicate

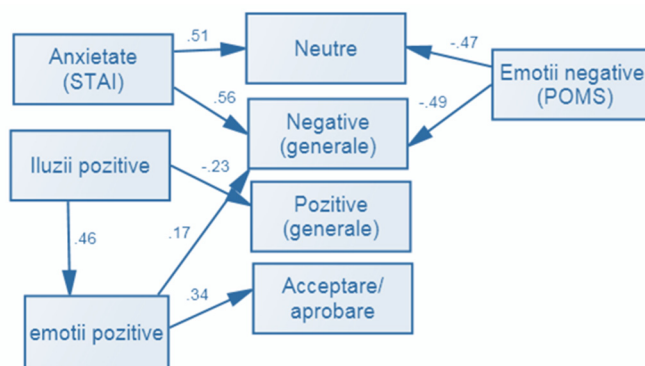
Deși iluziile pozitive individuale nu au efect semnificativ asupra varianței performanței în sarcina - fețe speriate, ISI în interacțiune cu controlul iluzoriu  $F(3,101) = 4.103$ ,  $p < .05$  respectiv optimismul iluzoriu în combinație cu controlul iluzoriu  $F(3,101) = 5.786$ ,  $p < .05$  au efect semnificativ asupra performanței cognitive, chiar și atunci când am controlat anxietatea. Cu alte cuvinte, subiecții cu nivele mai mari de iluzii pozitive au denumit culoarea proprie mai repede, respectiv au avut greșeli mai puține, decât cei cu iluzii pozitive mai mici. Factorii iluzii pozitive explică 16% din varianța performanței la denumirea culorii atunci când am controlat efectul anxietății. În ceea ce privește sarcina fețe furioase putem observa că deși iluziile pozitive individuale nu au efect semnificativ asupra varianței acestuia, optimismul iluzoriu în combinație cu controlul iluzoriu evidențiază un efect semnificativ  $F(3,101) = 5.315$ ,  $p < .05$  asupra varianței performanței cognitive în denumirea culorii atunci când am controlat anxietatea. Cu alte cuvinte, cei cu nivele mai mari de optimism și control iluzoriu simultan au denumit culoarea mai repede, respectiv au avut greșeli mai puține decât cei cu iluzii pozitive mai mici. Factorul iluzii pozitive explică 16% din varianța performanței la denumirea culorii atunci când controlăm efectul anxietății.

Referitor la sarcina - cuvinte amenințătoare și cuvinte de respingere (refuz social) imagine de sine iluzorie are un efect semnificativ asupra varianței acestuia.01, de asemenea optimismul iluzoriu în combinație cu imagine de sine iluzorie evidențiază un efect semnificativ  $F(3,101) = 5.315$ ,  $p < .05$  asupra varianței performanței cognitive în denumirea culorii în situația în care anxietatea a fost controlată. Cu alte cuvinte, cei cu nivele mai mari de imagine de sine iluzorie și optimism iluzoriu simultan au denumit culoarea mai repede, respectiv au avut greșeli mai puține decât cei cu iluzii pozitive mai mici. Factorii iluzii pozitive, de data aceasta, explică 32% din varianța performanței la denumirea culorii atunci când controlăm efectul anxietății.

Analiza de cale (path analysis) a fost aplicată în vederea explorării unor căi posibile prin care iluziile pozitive pot fi asociate de anxietate implicită și în vederea explorării unor relații mai complexe între factori.

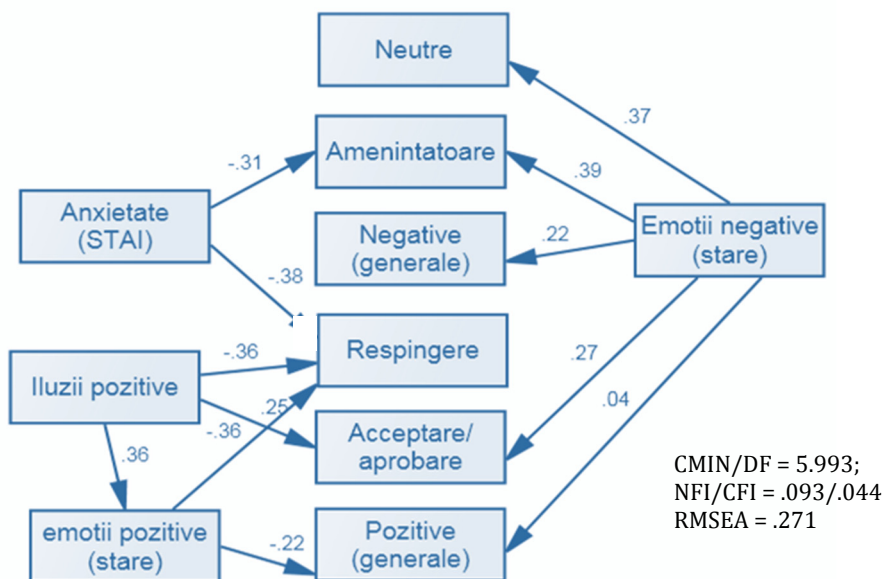
Dacă iluziile pozitive ar fi „apărări” ar trebui să se asocieze cu TR mai mare și interferență cognitivă mai mare la stimuli care prezintă amenințare. Dacă iluziile pozitive sunt resurse ele ar trebui să asocieze cu TR mai mici deci interferență cognitivă mai puțină. De această dată avem avantajul că deja am făcut o deosebire între cei care sunt candidați buni la primul pattern de răspuns. Rezultatele obținute la fiecare grup în parte sunt prezentate în Figurile 11–14.

Figura 11 – Factorii care influențează performanța în proba lexicală la grupa SMR



- La grupa SMR nivelul de anxietate ca trăsătură (autoevaluată) a prezis TR mai mare la stimuli negative în general (cuvinte negative standardizate, ne selectate după un anumit criteriu: ex. cadavru), ( $\beta = .56, p < .05$ ). Acest rezultat este în concordanță cu cele observate în literatură, anxietatea nu poate fi considerată „ascunsă” atâta timp cât relația a fost pozitivă. Putem vedea însă că la nivelul cuvintelor neutre a fost valabil același efect ( $\beta = .51, p < .01$ ). Aceste date indică că nu conținutul stimulilor a fost cel ce a produs interferența cognitivă ci pur și simplu prezența unui stimul deranjant.
- Un rezultat interesant și aparent paradoxal a fost că în timp ce anxietatea ca trăsătură a produs un efect negativ asupra performanței, anxietatea ca stare a avut un efect de îmbunătățire asupra performanței ( $\beta = -.49, p < .01$ ).
- IP au avut efect negativ asupra fiecărui stimul, dar efectul *nu* a fost semnificativ.
- Contrar ipotezei noastre IP nu au avut un efect de „îmbunătățire” asupra performanței cognitive la stimuli negativi, în schimb, IP au prezis TR mai mici la cuvinte pozitive ( $\beta = -.23, p < .05$ ), iar efectul IP asupra cuvintelor care exprimau „acceptare” a fost mediat de starea emoțională pozitivă ( $\beta = -.34, p < .05$ ).

Figura 12 – Factorii care influențează performanța în proba lexicală la grupa SMI

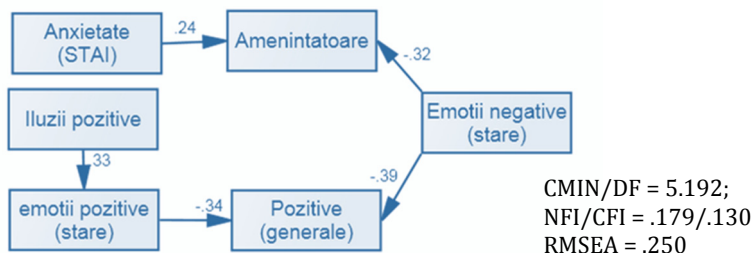


- În cazul grupei SMI, situația a fost puțin mai complicată. În mod paradoxal, dar caracteristic persoanelor cu SMI, anxietatea ca trăsătură (autoevaluată) a stat în relație negativă cu performanța cognitivă. Scoruri mai mici de anxietate au prezis TR mai mari, adică interferență cognitivă mai mare. Cu alte cuvinte anxietatea (ca trăsătură) a fost în contradicție cu performanța cognitivă.

Să reamintim că scorurile obținute la STAI de cei cu SMI nu difereau de cei din grupa SMR, și au fost sub mediile standard (fiind evaluați ca fiind neanxioși).

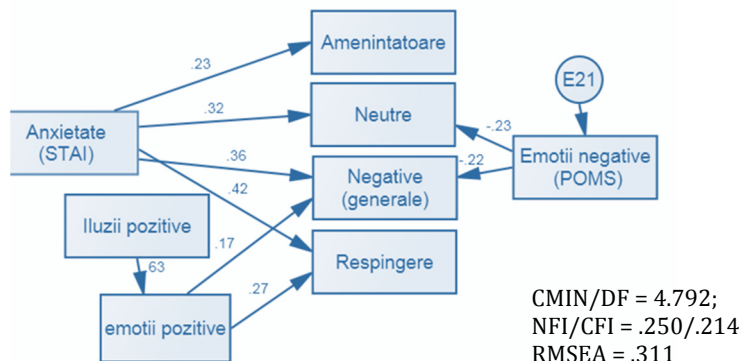
- În schimb, starea emoțională negativă a prezis scoruri mai mari de TR în general la stimulii prezentați. Aceste rezultate ar fi greu explicabile dacă nu se iau în considerare prezența mecanismelor defensive. Efectul însă s-a produs și în cazul stimulilor neutri, indicând că nu neapărat conținutul a produs efectul.
- Un rezultat mai important remarcă efectul pozitiv al iluziilor pozitive ( $\beta = .36, p < .01$ ) prezicând TR mai mare în cazul cuvintelor cu conotație de respingere/dezaprobare. Efectul IP asupra TR (cuvinte de acceptare) de asemenea a fost pozitivă, dar nu a fost semnificativă.

Figura 13 – Factorii care influențează performanța în proba lexicală la grupa DM



- La grupa DM, anxietatea a avut un efect slab pozitiv doar asupra TR la cuvinte amenințătoare.
- IP nu au avut un efect direct, nici în sens de îmbunătățire a performanței nici de deteriorare a performanței.
- IP au avut un efect indirect prin emoții pozitive asupra TR (cuvinte pozitive generale).
- Similar cu grupa SMR și la grupa DM starea emoțională negativă a îmbunătățit performanța indiferent de valența stimulilor.

Figura 14 – Factorii care influențează performanța în proba lexicală la grupa InC



- Patternul de răspuns al grupei InC a oscilat undeva între patternul de răspuns al celor din grupa SMR și DM. La această grupă anxietatea a prezis TR mai mare la stimuli negativi și neutri iar starea emoțională negativă a avut un efect invers îm-

bunătățind performanța. IP nu au avut efect direct asupra TR, doar un efect slab indirect prin emoții pozitive.

Sintetizând rezultatele cele mai importante obținute în cadrul acestui studiu:

1. Contrar așteptărilor noastre iluziile pozitive nu îmbunătățesc performanța la stimuli negativi în mod semnificativ.
2. Cu toate că prezența iluziilor pozitive nu îmbunătățește performanța cognitivă la stimuli negativi, ei îmbunătățesc performanța cognitivă la stimuli pozitivi indicând o biasare atențională pozitivă.
3. Persoanele cu sănătate mentală iluzorie nu sunt afectate în general de stimuli negativi ci doar de stimuli cu conținut emoțional, în special care denotă refuz și respingere.
4. Iluziile pozitive la grupele SMR, DM și INC au un efect „benefic” asupra performanței legate de stimuli pozitivi prin emoții pozitive.
5. Rezultatul, conform căruia la grupele SMR, DM și INC emoțiile negative (ca stare) au îmbunătățit performanța, iar anxietatea (ca trăsătură) a scăzut performanța este în conformitate cu rezultatele obținute în literatură (William & Mackload, 1996), în schimb patternurile de răspuns al celor cu SMI sunt inverse.

Anxietatea, ca trăsătură, a stat în relație negativă cu performanța iar emoțiile negative ca stare au stat în legătură pozitivă cu performanța.

### **3.3.5. Discuții**

Studiul prezent evaluează iluziile pozitive în relație cu distresul psihic prin utilizarea unor sarcini care măsoară anxietatea în mod implicit și independent de procesele conștiente care ar putea declanșa mecanismele de apărare. Obiectivul studiului prezent a fost investigarea ipotezei conform căreia iluziile pozitiv se asociază cu anxietate latentă (camuflată). Sarcina folosită în studiul de față a presupus selectarea, pe criterii ierarhice, a unor stimuli pictoriali și lexicali standardizați pentru valoarea de arousal și valență, în așa fel încât să putem controla cât mai bine diferențele de arousal și valență emoționale dintre stimuli. Această metodă de măsurare se dovedește a ne fi utilă din cauză că pentru care principalii actori ai acestei cercetări sunt persoane cu „sănătate mentală iluzorie” a căror lipsă de anxietate este suprimată de procese conștiente. Sarcina a indus eficient interferența emoțională, diferența medie a latenței stimulilor emoționali față de cea a stimulilor neutri.

Am presupus că persoanele caracterizate de distorsionări cognitive la nivelul imaginii de sine, al controlului și imaginii de viitor vor reacționa în timp mai scurt la denumirea culorii la sarcina Stroop emoțional la imagini negative (fețe speriate și furioase) și cuvinte negative (de amenințare sau evaluare negativă) în comparație cu persoanele fără iluzii pozitive.

Rezultatele noastre au confirmat ipotezele doar parțial. Nu s-au constatat diferențe semnificative între cei cu și fără iluzii referitor la procesarea mai rapidă a stimulilor pozitivi față de stimuli negativi sau neutrii. S-a observat că cei cu nivele mai mari de iluzii pozitive au avut o performanță mai bună în detectarea stimulilor pozitivi ceea ce indică o înclinație atențională spre stimuli pozitivi.

Contrar așteptărilor, nu au fost observate diferențe semnificative în privința nivelului iluziilor pozitive în cazul stimulilor emoționali negativi cu toate că există o tendință de slăbire în ceea ce privește performanța celor fără iluzii pozitive față de cei cu iluzii pozitive moderate și accentuate. Persoanele cu iluzii pozitive scăzute au tendința de a procesa în mod mai îndelungat stimulii activatori neplăcuți (acest rezultat a fost obținut doar în cazul fețelor speriate și cuvinte legate de amenințare). Acest efect a fost raportat și în alte studii – cu toate acestea, rezultatele sunt ambigue, sunt și cercetări care nu au confirmat acest efect și au creat îndoieli în privința validității acestor sarcini.

Conform reprezentărilor grafice, aproape aceeași tendință a rezultatelor se poate observa și în cazul cuvintelor pozitive și neutre. Este posibil ca persoanele fără iluzii pozitive pur și simplu să fie mai lente în ceea ce privește performanțele cognitive în general nu și din cauza prezenței unui stimul emoțional cu valență negativă interferență. Deși iluziile pozitive individuale nu au efect semnificativ asupra varianței performanței, la sarcinile cu valență atunci când am extras efectul nivelului de anxietate din relația iluzii pozitive - performanță cognitivă la denumirea culorii interacțiunea factorilor iluziilor pozitive a avut efect semnificativ asupra varianței acestuia.

Am presupus de asemenea că atunci când prin evaluare clinică vom separa grupa cu SMI de grupa cu SMR și DM, iluziile pozitive se vor asocia performanței scăzute la sarcina Stroop emoțional, în sensul unei diferențe mari TR Incongruent Neutru – TR incongruent speriat, corelând negativ cu supresie în special în cazul grupei cu SMI, însă această ipoteză nu a fost confirmată de datele obținute.

Cu toate că pe baza autoevaluării cei cu sănătate mentală iluzorie nu se deosebesc de cei cu sănătate mentală reală ei au avut o performanță mai mică față de cei cu SMR, respectiv au manifestat interferență cognitivă similară cu cei evaluați ca fiind depresivi și anxioși. Cu alte cuvinte, cei cu SMI par să fie „trădați” de acele probe care măsoară anxietatea în mod indirect. În mod interesant, performanța cognitivă a celor cu SMI și DM este afectată nu doar în cazul cuvintelor amenințătoare și de refuz, dar și în cazul cuvintelor cu valență pozitivă (de acceptare). Aceste rezultate pot însemna două lucruri: (1) Performanța cognitivă poate fi afectată de stimuli cu valență emoțională în general din cauză că persoana respectivă suferă de probleme emoționale; procesarea cuvintelor cu conținut emoțional necesită mai multe resurse cognitive. Fiindcă diferențele au fost semnificative între cei cu SMR și SMI, iar cei cu SMI au avut un pattern de răspuns mai apropiat cu grupa depresivă și anxioasă, putem bănuși că prima variantă este posibilă.

O expresie facială amenințătoare poate fi un semn de dezaprobare sau respingere, și poate așadar funcționa drept stimul de provocare a anxietății pentru oamenii pentru care aprobarea este deosebit de importantă. S-a sugerat că figurile nervoase sunt provocări în concursurile de dominanță, ceea ce este de asemenea relevant pentru indivizii anxioși social, ce se văd pe sine drept mai puțin dominanți decât pe ceilalți (Alden & Taylor, 2004), și adesea vor interacționa cu ceilalți într-o manieră supusă (Hofmann & Barlow, 2002).

Rezultatele acestui studiu trebuie interpretate păstrând în minte ideea că cei cu SMI pot demonstra în general mai multe interferențe, dar comparațiile nu sunt justificate datorită diferențelor metodologice. Este de asemenea important de observat că rezultatele nu indică diferențe majore între stimulul de „refuz” și „acceptare”. Grupul celor ce se auto-întăresc poate fi mai ușor afectat mai mult prin natura socială a infor-

mației și nu neapărat prin refuz. Un studiu suplimentar este necesar pentru a lega predispozițiile atenționale, măsurate de Stroop emoțional, cu respingerea socială.

În acest studiu am arătat că între cei cu iluzii pozitive ridicate există un grup care cu toate că nu manifestă tablou clinic manifestă anxietate implicită la anumiți stimuli. Aceștia nu au manifestat interferență cognitivă la stimuli în generali negativi nici la acele stimuli care prezentau amenințări generale. Acest studiu demonstrează că cei cu SMI „nu se simt amenințați” de stimuli în general negativi ca de exemplu cei cu anxietate generalizată ci au un pattern de răspuns asemănător celor cu fobie socială. Cei cu SMI nu au manifestat interferență mai mare la stimuli negativi, ci doar la stimuli care erau legați de refuz social. Aceste rezultate au fost observate și în literatură (Becker, Rinck, Magraf & Roth, 2001).

Cei cu stimă de sine fragilă sau cu o structură de personalitate vulnerabilă defensivă par a avea tendința de a fi mai sensibili la componentele ce țin de respingere decât la cele care au legătură cu acceptarea, fapt indicat prin mai multe interferențe cu vintele ce au conotație de respingere decât cu cele de acceptare. Acest lucru este sugerat și de Williams et al. (1996) potrivit căruia o trăsătură comună împărtășită de mai multe boli emoționale diferite constituie o „sensibilitate și o preocupare față de stimuli aflați în mediul lor și care constituie preocuparea lor” (pag. 3). Acești autori descriu de asemenea un tip de cerc vicios în care înclinațiile atenționale alimentează o preocupare care la rândul său perpetuează boala. Având în vedere faptul că majoritatea situațiilor sociale surprind o gamă variată de răspunsuri sociale, o înclinație negativă ar putea conduce la scăderea stimei de sine a oamenilor, la observarea preferențială și stagnarea asupra respingerii în locul acceptării și în final la trăirea sentimentului de excludere socială, sau cel puțin la sentimentul că orice acceptare este provizorie și că poate fi zdruncinată de cea mai mică gafă sau eșec (Baldwin & Sinclair, 1996). Din nefericire, așteptarea poate deveni o profeție de împlinire a sinelui întrucât oamenii care se așteaptă să fie respinși pot tocmai prin această atitudine să conducă adesea chiar la rezultatul de care se tem (Downey, Freitas, Michaelis, & Khouri, 1998) sau chiar se retrag din situații potențial favorizante pentru a evita posibilitatea unei respingeri viitoare (Murray & Holmes, 2000). În concluzie, prezentele descoperiri indică posibilitatea dezvoltării unor sarcini care să măsoare răspunsuri cognitive la respingere (refuz) și acceptare și oferirea de ajutor celor cu sănătate mentală iluzorie pentru ca aceștia să-și diminueze înclinația atențională față de respingere. Aceste rezultate încurajatoare ne aduc acum la un pas mai aproape de înțelegerea procesului prin care se pot modifica înclinațiile cognitive ce mențin stima de sine redusă.

### 3.3.6. Concluzii

Acest studiu a avut ca scop observarea asocierii iluziilor pozitive cu anxietatea camuflată la cei cu sănătate mentală iluzorie și sănătate mentală, cu diferența că în acest caz paradigma experimentală utilizată a fost cea a biasărilor atenționale asociate cu conținut emoțional. Pe baza rezultatelor obținute în Studiul 2, am avut pornit de la ipoteza conform căreia iluziile pozitive vor îmbunătăți performanța cognitivă la cei cu sănătate mentală reală și se vor asocia cu anxietate camuflată doar în cazul celor cu sănătatea mentală iluzorie. Concluzionăm următoarele:

- Iluziile pozitive se asociază cu anxietate inconștientă mai redusă, așadar cu reacții ce implică stres mai redus. Cu toate că ipotezele s-au confirmat doar parțial, iar datele nu au evidențiat diferențe spectaculoase privind imaginea de ansamblu, putem aprecia că auto-îmbunătățirea moderată se leagă de mai puțină anxietate implicită.

- Datele confirmă din nou faptul că între cei cu iluzii pozitive ridicate există un grup care cu toate că nu prezintă un tablou clinic, manifestă o tendință anxioasă la anumiți stimuli cu conținut emoțional – similari cu cei anxioși și depresivi.
- Efectul benefic al iluziilor pozitive s-a dovedit a fi „mai important” în special în cazul persoanelor cu distres manifest și al celor care trec printr-o criză emoțională temporară. Concret, la persoanele cu tulburări emoționale manifestate (declarat) crește posibilitatea ca aceștia să acorde resurse lucrurilor pozitive.
- Efectul iluziilor pozitive benefice asupra înclinațiilor atenționale a fost transmis de emoții pozitive. Cu alte cuvinte, atunci când suntem bine dispuși, observăm mai ușor lucrurile pozitive. Însă acest lucru este adevărat și invers – atunci când suntem prost dispuși, acordăm mai multă atenție lucrurilor negative.
- Așadar, datele obținute în acest studiu sprijină atât perspectiva de „apărare”, cât și perspectiva de „adaptare”. În timp ce *pattern*-urile de răspuns ale celor cu sănătate mentală reală, distres manifest și grupa „în criză” corespund profilului de „adaptare”, *pattern*-urile de răspuns ale celor cu sănătate mentală iluzorie corespund cu profilul descris de perspectiva de „apărare”.
- Acest studiu aduce dovezi ale utilității sarcinilor implicite în evaluarea sănătății mentale, pentru a distinge între auto-evaluarea sinceră și cea defensivă, cu mențiunea că eficiența acestora depinde în mare măsură de conținutul stimulilor utilizați. Rezultatele se adresează unei nevoi în creștere printre cercetători care recunosc limitele scalelor de auto-evaluare, cu referire la dezvoltarea unor metode mai eficiente de evaluare a stărilor psihice.

### **3.4. STUDIUL 4. DEOSEBIREA ILUZIILOR POZITIVE FUNCȚIONALE DE CELE DISFUNCȚIONALE PRIN PARADIGMA EVALUĂRII REACTIVITĂȚII FIZIOLOGICE LA STRES**

Pe baza rezultatelor găsite în cadrul Studiilor 5 și 6, Studiul 4 va transpune dezbaterile referitoare la rolul benefic al iluziilor pozitive pe plan fiziologic. În timp ce prin Studiul 2 s-a observat că iluziile pozitive pot deveni dezadaptative atunci când se asociază cu negarea distresului, în cadrul Studiului 7, dorim să aflăm dacă acest lucru se manifestă și la nivel fiziologic. Acest obiectiv va fi atins prin următoarele căi: (1) testarea ipotezei potrivit căreia sănătate mentală iluzorie are costuri fiziologice; (2) testarea ipotezei conform căreia iluziile pozitive au costuri fiziologice; (3) analiza unor căi posibile prin care iluziile pozitive influențează reacțiile fiziologice în situație de stres. Clarificarea ipotezei că iluziile pozitive au costuri fiziologice vs. au beneficii fiziologice ar putea servi la un „argument mai elocvent” în privința dezbaterii rolului iluziilor pozitive în sănătatea mentală.

#### **3.4.1. Considerații preliminare**

Atât înțelepciunea clinică cât și studiile empirice sugerează că negarea defensivă are multiple costuri, reducând capacitatea individului de a iubi, de a lucra, de a fi fericit, de



a se angaja în activități creative și de a dezvolta relații interpersonale de sprijin. Operaționalizarea acestor constructe complexe ar fi un obiectiv formidabil, însă realizarea unui astfel de studiu necesită un design longitudinal și o analiză interpretativă aprofundată a vieții individuale. Pe de altă parte, perspectiva de apărare sugerează că iluziile pozitive ar contribui în mod indirect la menținerea reacțiilor neuroendocrine la nivel optim. Propunem că măsurătorile fiziologice să servească scopului nostru, acestea fiind un criteriu mai practic și accesibil.

Măsurătorile fiziologice în acest context oferă un dublu avantaj: contribuie la clarificarea rolului jucat în sănătatea mentală de iluziile pozitive, în al doilea rând oferă o măsură obiectivă care nu implică procese conștiente. Nivelul reacțiilor sistemului nervos autonom ca și măsurătoare a sănătății în condiții de stres are avantajul de a fi independent de controlul mecanismelor de apărare, iar astfel este înlăturată biasarea care rezultă din distorsionarea pozitivă (Pennbacker & Graybeal, 2001). Din moment ce stresul activează de asemenea sistemul nervos autonom, o amplificare a apărării ar trebui legată de reacții fiziologice amplificate. Utilizarea mecanismelor de apărare protejează astfel individul de trăirea conștientă a anxietății, în timp ce reacția la nivel fiziologic se manifestă independent de trăirea conștientă.

Autorii dezbate beneficiile iluziilor pozitive și la nivel fiziologic spunând că iluziile pozitive mențin reacțiile neuroendocrine și fiziologice la nivel optim. Presupus că iluziile pozitive produc acest efect benefic asupra organismului prin trei căi:

1. prin generarea emoțiilor pozitive și buna dispoziție;
2. prin generarea unor strategii de coping adaptative;
3. prin dezvoltarea și cultivarea relațiilor interpersonale armonice.

O lungă tradiție consacrată în psihofiziologia emoției a sugerat că măsurarea modificărilor fiziologice asociate răspunsului emoțional crește în general puterea de predicție a scorurilor la chestionare de autoevaluare, o aserțiune care a fost susținută rezonabil de studiile care au abordat relația dintre anxietatea ca trăsătură și tulburările de anxietate (Westen & Weinberg, 2004). Deși direct relevante pentru identificarea mecanismelor neurobiologice ale tulburărilor de anxietate, costul ridicat și disponibilitatea redusă a neuroimagingului funcțional limitează deocamdată folosirea acestor metode în diagnosticul psihiatric. În acest context, măsurătorile psihofiziologice ale reglării neurovegetative a reactivității emoționale sunt candidați buni pentru optimizarea diagnosticului tulburărilor anxioase (Wilhelm & Roth, 2001). Dintre indicatorii psihofiziologici mai bine studiați, corelatele cardio-vasculare ale anxietății s-ar putea dovedi în particular interesante, dat fiind că apărarea a fost asociată cu o incidență semnificativ mai mare de morbiditate cardio-vasculară față de populația generală (Cohen & Benjamin, 2006). În studiul prezent vom folosi presiunea arterială, rata pulsului și răspunsuri electro-dermale ale pielii ca și criterii ale reactivității la stres.

Există un număr extrem de mic de studii, mai precis două, care au testat în mod direct legătura între iluzii pozitive și reacții fiziologice la stres (Taylor et al., 2003; Shedler et al., 1993), însă cele două studii au ajuns la rezultate contradictorii. În timp ce Shedler et al. (1993) au ajuns la concluzia că, cu cât mai mult distorsionează cineva imaginea de sine în sens pozitiv, cu atât mai mult crește reactivitatea la stres, Taylor et al. (2003) au constatat că gradele mai mari de iluzii pozitive se asociază cu grade mai scăzute de RFS la stres. Una din explicațiile posibile la datele contradictorii referitoare la efectul iluziilor pozitive la nivel fiziologic, găsite de Shedler et al. (1993) versus Tay-

lor et al. (2003) poate fi că în ambele studii au folosit sarcini care necesitau efort cognitiv (sarcini aritmetice, logice). În acord cu o serie de studii din domeniul neuropsihologiei sarcinile care necesită efort mental de tip logico-rațional (deducții logice, calcule), implicând în mai mare măsură emisfera stângă, pot rezulta în reacții biochimice asemănătoare stresului (Simpson, Drevets, Snyder, Gusnard, & Raichle, 2001, Gusnard, Akbudak, Shulman, Raichle, 2001). Acest lucru este în mod special valabil pentru persoane introvertite și labile (Kumari, Hffytche Williams & Gray, 2004). Având în vedere că cei cu sănătatea mentală iluzorie compensează în primul rând vulnerabilitatea interioară prin autoîmbunătățire cu scopul de a fi acceptați, este mai oportun ca pe lângă sarcinile de aritmetică folosite în astfel de studii utilizarea unor sarcini care să implice evaluare socială.

Sintezele dedicate studierii efectelor supresiei și în general ale mecanismelor de apărare care au drept consecință evitarea, negarea problemelor în loc de confruntarea lor, menționează relația supresie-emoție ca unul dintre aspectele insuficient studiate, fapt care, alături de implicațiile pentru domeniul psihopatologiei, justifică necesitatea și importanța abordării sale experimentale (Cogle, Smits, Lee, Powers, & Telch, 2005)

### 3.4.2. Obiective și ipoteze

Obiectivul studiului prezent este abordarea cele două perspective competitive (adaptare versus apărare), cu referire la funcția și efectul iluziilor pozitive, mutând dezbaterile referitoare la funcția adaptivă/maladaptativă a iluziilor pozitive pe plan fiziologic.

- Presupunem că scorul distresului acordat în urma evaluării clinice este un predictor mai bun al reactivității fiziologice decât distresul psihologic bazat pe autoevaluare.
- Predicția care decurge din argumentele prezentate în partea introductivă a acestui capitol și din rezultatele obținute în cadrul Studiului 3 este următoarea – dacă în situații de stres iluziile pozitive funcționează ca amortizoare, atunci ele ar trebui să fie asociate cu reacții neuro-biologice mai optime în situații de stres (cel puțin la cei cu sănătate mentală reală) și să fie legate de reactivitate crescută la stres (la cei cu sănătate mentală iluzorie).
- În baza rezultatelor Studiului 3, presupunem că efectul iluziilor pozitive asupra reactivității fiziologice va fi mediat de emoții pozitive și de adoptarea unor strategii de *coping* funcționale în cazul grupei cu sănătate mentală reală. În cazul grupei cu sănătate mentală iluzorie, acesta va fi mediat de scheme cognitive și strategii de *coping* disfuncționale.

### 3.4.3. Metoda

#### 3.4.3.1. Participanții

Numărul inițial al participanților recrutați a fost ( $N = 130$ ). Din experiment au fost eliminați acei participanți care sufereau de boli cardiovasculare sau luau medicamente care ar fi putut afecta frecvența bătăilor inimii sau tensiunea, cei care sufereau de boli psihice și/sau se află sub tratament cu medicație psihotropă (antidepresive, anxiolitice).  $N = 18$  subiecți au participat la un studiu pilot în care am testat condițiile experimentale, instrumentele etc. (rezultatele lor nu au fost incluse în studiul prezent).

Numărul final de participanți a fost  $N = 92$  persoane (71 femei și 21 bărbați) vârsta medie fiind 22,5 (1.9). Participanții au fost studenți recrutați care au participat pe bază de voluntariat. Repartizarea pe grupe (SMI, SMR, DM) a fost efectuată pe baza evaluării clinice conform protocolului recomandat de Shedler et al. (1993/2003), descris în cadrul Studiului 3. În grupa SMR au fost repartizați ( $N = 22$ ); în grupa SMI ( $N = 21$ ); în grupa DM ( $N = 16$ ) iar în grupa InC ( $N = 32$ ) persoane. Ulterior fiecare participant a fost informat de adevăratul scop al experimentului. Participanți au semnat un acord de participare voluntară la studiu, conform recomandărilor Declarației de la Helsinki (1965/2004) pentru studii clinice non-intervenționale. Pentru păstrarea confidențialității participanții au furnizat doar inițiale și codul de identificare stabilit anterior în faza de testare.

#### 3.4.3.2. Procedura și instrumente

Studiul a avut trei etape. În prima etapă, cu o săptămână înainte de sesiunea de laborator, participanții au completat scale de iluzii pozitive și sănătate mentală<sup>19</sup>. După returnarea chestionarelor au completat testul EMT. Evaluarea clinică a fost efectuată pe baza testului EMT, conform procedurii descrise în cadrul Studiului 3. Similar Studiului 3, în prima etapă a evaluării narațiunilor coeficientul de acord între cei trei evaluatori a fost ( $r = .63$ ). După ce am eliminat acele narațiuni asupra cărora evaluatorii nu au căzut de acord comun, coeficientul a crescut la ( $r = .74$ ) indicând un acord suficient de bun. În a treia etapă a fost efectuat sesiunea de laborator în care participanții au fost testați individual. Normele pentru scala de Neuroticism a lui Eysenck, au fost extrase din Studiul 2, în care au fost aplicate pe un număr mare de subiecți ( $N = 1737$ ).

**Sesiune laborator:** Pentru evaluarea unor parametri ce indică reactivitatea la stres a fost introdusă o sesiune de laborator în care a fost măsurat pulsul, tensiunea sistolică, și diastolică și răspunsul electrodermal al pielii. Experimentul a presupus două faze, de relaxare controlată și, respectiv, inducere stresului.

**Aparatură:** Pentru evaluarea parametrilor fiziologici a fost utilizat un tensiometru digital și un aparat Bio-feedback (tip EM 05.62), care înregistra automat rata bătăilor inimii/milisec. și răspunsurile electro-dermale în Kohn. Aparatul (semnaliza) valorile măsurate pe un display digital, dar înregistra datele și pe hârtie în forma grafică. Aparatul memora valorile înregistrate care după terminarea măsurării puteau fi transferate electronic într-o bază de date, permițând să reducem astfel greșelile care ar fi apărut în urma introducerii manuale a datelor. Senzorii pentru măsurarea pulsului și răspunsuri electro-dermale erau umpluți cu gel izotonic și plasați pe suprafețele volare ale degetul arătător și inelar. Aparatul neavând și un tensiometru, tensiometrul a fost utilizat separat, fiind atașat de mâna stângă a participantului. Tensiometrul a fost marca Copal (UA251) semiautomat (digital sphygmomanometer) utilizat frecvent în astfel de teste de laborator având o fiabilitate bună privind acuratețea. Ambele aparate utilizate în acest studiu au fost testate preliminar într-un studiu pilot.

---

<sup>19</sup> Iluziile pozitive, dimensiuni ale sănătății mentale, au fost măsurate cu scalele descrise în cadrul Studiilor 1 și 2. Normele locale pentru scalele utilizate în acest experiment vor fi extrase din Studiul 2, în care aceste scale au fost aplicate pe un număr mare de subiecți.

**Măsurători fiziologice:** Măsurătorile fiziologice au fost determinate pe baza clasificării lui Caldrige (1965, *apud.* Woodworth & Schlossberg, 1966). Potrivit acesteia, printre indicatorii clasificării reactivității fiziologice sunt frecvența cardiacă, tensiunea diastolică și sistolică, și reactivitatea electrodermală a pielii. Studiile recomandă utilizarea coeficientului de RPP (Rate Pressure Product). Indexul RPP este obținut prin înmulțirea tensiunii sistolice cu pulsul și împărțirea acestei valori cu 100. RPP este utilizat ca index al reactivității fiziologice fiind un coeficient mai de încredere, având avantajul de a fi independent de gen (Kitamura, Jorgensen, Gobel, & Wang, 1972). RPP reduce anumite discrepanțe care apar din cauza diferențelor de gen, deoarece uneori femeile reacționează la stres prin creșterea frecvenței cardiace, iar bărbații prin creșterea tensiunii sistolice (Allen, Stoney, Owens & Matthews, 1993 *apud.* Taylor et al., 2003).

**Procedură:** Participanții au fost programați, la intervale de 1:30 minute. Participanților li s-a cerut să nu consume cafeină sau nicotină cel puțin patru ore înainte de experiment. Toți participanții au semnat un acord de participare voluntară la studiu, conform recomandărilor Declarației de la Helsinki (1965/2004) pentru studii clinice non-intervenționale. Pentru păstrarea confidențialității, participanții au furnizat doar codul de identificare stabilit anterior în faza de testare.

La sosire, participanții au fost întâmpinați de examinator (autor) și asistent care au explicat scopul aparent al cercetării. Subiecții au fost testați individual, în încăpere (laborator) fiind prezenți doar participantul, examinatorul și un asistent. După întâmpinare, participantul a fost așezat la o masă cu un computer. Aparatul de măsurare a parametrilor fiziologici a fost așezat pe masa învecinată. În fața participantului a fost instalată o cameră video care era vizibilă și care s-a activat doar în faza de intervenție. Senzorii aparatului au fost atașați pe degetele mâinii stângi. Senzorii pentru măsurarea pulsului și răspunsuri electro-dermale erau umpluți cu gel izotonic și plasați pe suprafețele volare ale degetul arătător și inelar. Sesiunea de laborator a început cu o fază de acomodare de 7–8 minute pentru ca participantul să se poată acomoda în contextul dat și să se obișnuiască cu senzorii atașați de mână.

După faza de acomodare, a urmat faza de relaxare care prevedea stabilirea valorilor de bază, după care au fost introduse intervențiile psihologice. Fiecare probă a durat aproximativ 5–10 minute. Între sarcini au fost incluse pauze de aproximativ 5 minute, în timpul cărora experimentatorul făcea debriefingul necesar pentru revenirea parametrilor psihofiziologici la un nivel de bază comparabil cu cel anterior fazei respective – și reducerea stresului după faza de intervenție. Durata aproximativă a sesiunii de laborator a fost de 50 de minute – 1 oră pentru fiecare persoană. După terminarea sesiunii de laborator, participanții au fost rugați să „ghicească” scopul experimentului. Nici unul dintre participanți nu și-a dat seama de adevăratul scop al experimentului, majoritatea spunând că experimentul urmărește evaluarea inteligenței, a memoriei sau a stimei de sine. Sesiunea de laborator s-a derulat într-un interval de două săptămâni, în laboratorul Catedrei de Psihologie aplicată în Educație.

**Design:** *Designul experimental* folosit a fost de tip ABA (A însemnând stabilirea pulsului de bază; B- intervenția și A- măsurătorile în timpul intervenției). *Variabilele independente* au fost: nivelul iluziilor pozitive, grupele formate pe baza evaluării clinice. *Variabile dependente* au fost: frecvența cardiacă (FC); răspunsul electro-dermal (R-ED); tensiunea sistolică (TS) și diastolică (TD) și indexul RPP.

*Faza de relaxare* a presupus administrarea sugestiilor de respirație, greutate și căldură din trainingul autogen, administrate într-o manieră comparabilă la toți participanții, în succesiunea recomandată de protocolul clinic consacrat (Schultz & Luthe, 1959).<sup>20</sup>

**Materiale:** În cadrul experimentului, subiecții au fost supuși în total la cinci sarcini de laborator în condiții de stres: (1) discurs în fața publicului (public speaking); (2) numărare înapoi; (3) rezolvare probleme aritmetice; (4) vizionare imagini (pozitive, negative, neutre); (5) asociere liberă. Probele au fost preluate din bateria standardizată de sarcini stresante (Trier Social Stress Task, Kirschbaum, Pirke & Hellhammer, 1993) care este folosită în numeroase studii cu scopul inducerii stresului psihic și pentru a provoca răspunsuri psihofiziologice și neuroendocrine la stres. În cadrul probei de numărare inversă, participanții au fost rugați să numere invers cu 7 de la 9095 și 13 de la 6223, formulă utilizată anterior de Taylor et al. (2003).

Exercițiul aritmetic a fost preluat din testul matricele progresive lui Raven (Raven, 1960). Această baterie s-a considerat că provoacă schimbări la nivel cardiovascular (Turner & Hellawell, 1986). Problemele aritmetice au fost selectate din seturile B, C, D și E. Matricele au fost reproduse (scanate) și proiectate pe ecranul computerului. Fiecare planșă a fost prezentată pentru 10 secunde, timp în care participantul trebuia să selecteze răspunsul corect din variantele afișate pe ecran cu mouse-ul. Sarcina numărării inverse și probele aritmetice (cum ar fi de exemplu Wechsler sau Raven) în condiții deranjante sunt din cele mai răspândite probe utilizate cu scopul de a crea condiții de stres în laborator pentru provocarea reacțiilor fiziologice (Taylor et al., 2003).

În vederea maximalizării eficienței anxiogene a probelor aritmetice și numărare înapoi participanților li s-au furnizat următoarele informații (conform recomandărilor din protocolul de utilizare): (a) li s-a spus că participă într-o sarcină aritmetică care măsoară abilitățile intelectuale, iar scorurile individuale vor fi comparate ulterior cu scorurile colegilor; (b) li s-a spus că pentru unele răspunsuri greșite, prin „electrozi atașați” plasați pe degete este posibil să li se administreze pedepse, adică stimuli electrice de intensitate mică, care, fiind sub pragul subiectiv, nu vor putea fi detectați conștient. (c) Participanții au fost instruiți astfel: „Această sarcină este o parte dintr-un test de inteligență. Este important să reușiți să îndepliniți cât mai bine sarcinile pentru că scorul obținut de dvs. va fi comparat cu cel al colegilor. Pentru a reuși să obțineți scoruri cât mai bune trebuie să dați răspunsurile corecte în cel mai scurt timp posibil. Vă voi cronometra”. Pe parcursul probei performanța lor a fost deranjată de îndemnările evaluatorului - „să lucreze mai repede”. În timpul intervențiilor camera video a fost aprinsă. La finalul probelor, majoritatea participanților au evaluat probele ca fiind neplăcute, stresante. Unii dintre ei au declarat că au simțit șocuri electrice atunci când au greșit în ciuda faptului că electrozi erau falși (era vorba de senzori).

---

<sup>20</sup> În studiul pilot al experimentului în faza de relaxare participanții au putut asculta muzică de relaxare și puteau citi din revistele lăsate pe masă. Acest cadru însă a avut un efect paradoxal asupra rezultatelor. La unii participanți în această fază în loc să se producă o relaxare, s-a produs o creștere la nivelul indicatorilor fiziologici. Îndată ce au primit sarcinile (numărare înapoi și sarcina aritmetică) s-a produs o scădere la nivelul indicatorilor fiziologici. Ulterior am explicat aceste rezultate ca fiind cauzate de situația neobișnuită unui „context școlar” Participanții fiind studenți, iar autoarea cadru universitar s-au simțit incomfortabil într-o situație în care ei ascultă muzică și citesc revista Cosmopolitan. „Relaxarea” la primirea sarcinilor de asemenea susține acest efect. Atunci când au primit sarcinile (prima fiind chiar sarcina aritmetică) fiind congruentă cu cadrul „școlar” s-a produs efectul de relaxare.

Probele vizionare video au constatat în vizionarea unui videoclip (pozitiv, negativ și neutru) de câte cinci minute, iar în asociere liberă s-a utilizat o listă de cuvinte preluate de la Shedler et al. (1993). Aceste probe însă nu au avut efect asupra modificării indicatorilor fiziologici comparativ cu nivelul de bază.

Proba discursul public a constatat într-un discurs de aproximativ 7–10 minute în timpul căruia participantul trebuia să facă o prezentare despre sine. Proba discursului în fața unui public este considerată una din cele mai eficiente probe pentru astfel de scopuri experimentale (Kirschbaum et al., 1993). În studiul prezent a fost aplicată o variantă mai ușor de realizat în mediu de laborator, dar la fel de eficientă. În loc să aibă un public adevărat, participantul a fost convins că în camera alăturată se află un public iar discursul va fi transmis în direct și evaluat. 2 dintre participanți au decis să renunțe la experiment simțindu-se prea stresați de această probă.

### 3.4.4. Rezultate

Pentru a ne asigura că probele utilizate în cadrul intervenției au avut efect semnificativ asupra indicatorilor fiziologici am comparat rezultatele obținute în faza relaxare cu cele obținute în faza intervenție. În vederea testării ipotezelor (iluziile pozitive se asociază cu reactivitate crescută, vs. scăzută / negarea defensivă se asociază cu reactivitate crescută) am utilizat analiza de varianță (ANOVA) urmată de teste post hoc. Am efectuat și analize de regresie simple pentru a determina asocierea dintre scorurile IP, negare defensivă și indicatorii fiziologici. Pentru a determina factori posibili care mediază efectul IP asupra indicatorilor fiziologici s-au utilizat regresia simplă și testul Sobel. Datele psihometrice și electrofiziologice sunt raportate ca medie ± eroare standard a mediei. Rezultatele sunt raportate indiferent de sex, pentru că nu am identificat diferențe semnificative statistic între sexe la nici una din măsurătorile fiziologice, în nici o condiție.

*Abrevieri utilizate în cadrul studiului 7:* RFS = reactivitate fiziologică la stres; Frecvența cardiacă (Puls) = FC; Reactivitate la nivel cardiovascular = RCV; Tensiunea sistolică = TS; Tensiunea diastolică = TD; Răspunsul electrodermal = R-ED; Reactivitatea cardiovasculară (Index RPP) = RPP; Proba aritmetică Raven = Aritm.; Proba numărare inversă = Num.inv.; Proba discurs în fața unui public = Dis.pub.

#### 3.4.4.1. Analize preliminare:

Pentru a obține nivelul de bază la fiecare indicator, am calculat media scorurilor obținute (înregistrare la minut) în faza de relaxare, excluzând-o pe prima la care participantul se presupune încă că se acomoda electrodei (senzorului) și tensiometrului atașat. Pentru fiecare sarcină aparte s-a calculat media FC și a valorilor TS și TD și a R-ED. Indexul RPP a fost calculat după următorul algoritm:

$$\frac{TS \text{ (tensiune sistolică)} \times \frac{\text{Puls}}{\text{min}}}{100}$$

Pentru a ne asigura că probele utilizate în cadrul intervenției au avut efect semnificativ asupra indicatorilor fiziologici am comparat scorurile obținute în timpul intervalului de relaxare (nivel de bază) cu cele obținute în timpul intervenției. În vederea stabilirii diferențelor a fost utilizată proba t pentru eșantioane perechi. Pragul α critic a fost stabilit la 0.05. Mediile și abaterile standard ale indicatorilor fiziologici obținute la fiecare probă sunt prezentate în Tabelul 25.

Tabelul 25 – Mediile și abaterile standard ale indicatorilor fiziologici

| Probe       | Frecvența cardiacă (FC) | Răspuns electrodermal (R-ED) | Index RPP     |
|-------------|-------------------------|------------------------------|---------------|
| Valori bază | 68.82 (8.49)            | 175.69 (73.24)               | 84.77 (21.61) |
| Aritm.      | 73.62 (7.55)            | 221.57 (111.06)              | 89.81 (14.26) |
| Num.inv.    | 74.46 (8.07)            | 205.80 (115.24)              | 92.77 (15.07) |
| Dis.pub.    | 77.68 (8.89)            | 223.28 (94.37)               | 99.10 (15.31) |

Abrevieri: Aritm. = Proba aritmetică Raven; Dis.pub = Proba discurs în fața unui public; Num.inv. = Proba numărare inversă

Rezultatele analizei au pus în evidență că per ansamblul lotului, primele trei probe propuse pentru intervenție au avut efecte semnificative asupra modificărilor la nivel cardiovascular și electrodermal. Deși în studiul pilot am obținut un efect semnificativ și în cazul probelor de vizionarea video și asociere cuvinte, în studiul prezent per ansamblul lotului aceste probe s-au dovedit a fi ineficiente din punctul de vedere al efectului asupra indicatorilor fiziologici. Prin urmare aceste probe au fost excluse, și am prelucrat datele doar la primele trei probe. Diferențele între faza de relaxare controlată – intervenție, la nivelul FC au fost următoarele: [proba aritmetică  $t(91) = -4.87, p < .01$ ; numărare inversă  $t(91) = -5.37, p < .01$ , discursul în public  $t(91) = -7.39, p < .01$ ], la nivelul R-ED [proba aritmetică  $t(91) = -3.55, p < .01$ ; numărare inversă  $t(91) = -2.53, p < .05$ , discursul în public  $t(91) = -4.75, p < .01$ ], iar la nivelul indexului RPP: [ $t(91) = -1.94, p < .05$ ; numărare inversă  $t(91) = -2.82, p < .05$ , discursul în public  $t(91) = -5.25, p < .01$ ].

Proba Dis. Pub s-a dovedit a fi mai eficientă prin magnitudinea efectului asupra indicatorilor fiziologici comparativ cu probele de Aritm.  $t(91) = 4.58, p < .01$  și Num. Inf.  $t(92) = 6.43, p < .01$  atât per ansamblul lotului cât și în cazul grupei SMI [ $t(20) = 3.77, p < .01, t(20) = 3.18, p < .01$ ]. Diferențele între aceste probe nu au fost semnificative pentru grupele SMR și InC la nivelul R-ED și RPP. Aceste rezultate pot conta în explicarea rezultatelor contradictorii ale acelor studii care au folosit doar probe aritmetice pentru inducerea stresului psihic.

În vederea obținerii unui factor global de reactivitate, au fost calculate mediile indicatorilor fiziologici per ansamblul probelor și factorizate cu rotație Promax (metoda componentelor principale). În urma analizei a fost pus în evidență, un singur factor, care a contat în proporție de 64% din varianța totală a factorului. Testul KMO a indicat Coeficientul KMO (.657) și testul Bartlett ( $\chi^2 = 40.89; p < .01$ ) a indicat faptul că realizarea analizei factoriale este justificată și că eșantionul utilizat este adecvat. Încărcătura componentelor în factor a fost bună: [FC (.766); R-ED (.624); RPP (.698); TD (.737), SD (.777)]. TD și TS nu au fost analizate separat în acest studiu, doar la nivelul factorilor totali de reactivitate și indexul RPP (Graficul 14).

#### 3.4.4.2. Varianța indicatorilor electrofiziologici în diferite condiții de stres în funcție de nivelul iluziilor pozitive

Am presupus că per ansamblul lotului persoanele cu grade mai mari de iluzii pozitive vor manifesta reacții mai scăzute la stres, invers cei fără iluzii pozitive vor fi mai reactivi, manifestând FC, R-ED, RPP, TS și TD mai crescute. Media iluziilor pozitive generale per ansamblu s-a poziționat asupra valorii centrale a scalei; 92% din participanți s-au evaluat ca fiind deasupra mediei ISI ( $M = 4.67, SD = 0.50$ ); 95% au manifestat optimism iluzoriu legat de viitor OI ( $M = 4.90, SD = .59$ ), și 50% au manifestat control

iluzoriu ( $M = 3.99$ ,  $SD = 1.10$ ). Aceste rezultate sunt concludente cu valorile obținute la lotul de studenți din Studiul 1. Relația iluziilor cu dimensiunile sănătății mentale a pus în evidență rezultate similare cu cele obținute de Studiul 2, astfel nu considerăm necesar să insistăm pe prezentarea acestui aspect al datelor. Cu scopul obținerii unei variabile categoricale în funcție de nivele IP, au fost create trei grupe (visual binning/cut off points): IP „scăzute”, „moderate” și „ridicate”. Cu toate că, în studiile anterioare am utilizat varianta de 4 grupe, în studiul prezent am renunțat la formula aceasta fiindcă nu au fost semnalate diferențe semnificative între grupele care au obținut un scor mai mare de 5, respectiv 6 pe scala nominală. Întrucât în lotul prezent ne-a stat la dispoziție un număr limitat de subiecți ( $N = 92$ ), grupele în funcție de IP au fost create cu cut off points în grupe egale.

Datele au fost prelucrate cu ANOVA, iar comparațiile între condițiile experimentale (între grupe și intra grupe) au fost realizate prin testul Scheffe. Condițiile pentru efectuarea analizei de varianță au fost îndeplinite de fiecare variabilă introdusă (au urmărit distribuția normală, iar rezultatele obținute în urma testelor Levine s-au dovedit a fi ne semnificative). În cadrul analizelor statistice s-a lucrat cu prag  $\alpha$  critic mai puțin sever, cel de 0.10 pentru detectarea anumitor tendințelor în datele obținute (fiind vorba de date preliminare). În ceea ce privește faza de relaxare controlată, nu au fost constatate diferențe semnificative în funcție de nivele IP [ $FC / F(2,89) = .737$ , Ns;  $R-ED / F(2,90) = 1.296$ , Ns;  $RPP / F(2,89) = .684$ , Ns].

Analiza de varianță a pus în evidență o diferență semnificativă la nivelul factorului global de reactivitate [ $F(2,89) = 3.54$ ,  $p < .05$ ], însă proba Scheffe nu a indicat diferențe semnificative între grupa iluzii moderate/ridicate. Diferențele au fost semnificative doar între grupele IP scăzute vs. IP moderate. Per ansamblul probelor, diferențele se reflectă într-o diferență între medii de [ $F(2,90) = 4.59$ ,  $p < .05$  la nivelul FC;  $F(2,90) = 4.01$ ,  $p < .05$  la nivel R-ED; și  $F(2,90) = 3.39$ ;  $p < .05$  la nivel de index RPP]. Așa cum era de așteptat, analiza post-hoc a pus în evidență că diferențele se datorează diferențelor între grupele de IP scăzute vs. IP moderate/ridicate în favoarea celor cu nivele de IP mai mari. Cu alte cuvinte nu a contat neapărat nivelul de IP, ci prezența lor. Varianța indicatorilor electrofiziologici în funcție de nivele IP pentru fiecare probă este prezentată în Tabelul 26. Reprezentarea grafică a analizei comparative în Graficul 15.

Tabelul 26 – Analiza comparativă: varianța indicatorilor electrofiziologici în diferite condiții de stres în funcție de nivelul iluziilor pozitive

| Condiții exp. | IP      | Frecvența cardiacă |       |              | Răspuns electrodermal |        |             | Index RPP |       |             |
|---------------|---------|--------------------|-------|--------------|-----------------------|--------|-------------|-----------|-------|-------------|
|               |         | M                  | SD    | Rezultate    | M                     | SD     | Rezultate   | M         | SD    | Rezultate   |
| Aritm         | scăzut  | 80.18              | 6.92  | $F(2,90) =$  | 286.29                | 127.82 | $F(2,90) =$ | 95.07     | 16.23 | $F(2,90) =$ |
|               | moderat | 77.71              | 5.90  | 0.77, Ns.    | 203.50                | 81.90  | 6.22, < .01 | 88.08     | 12.84 | 2.27, Ns.   |
|               | ridicat | 78.45              | 9.38  | Ns.          | 193.67                | 109.10 | < .05       | 87.83     | 13.62 |             |
| Num Inv.      | scăzut  | 85.71              | 3.94  | $F(2,90) =$  | 275.29                | 127.82 | $F(2,90) =$ | 101.70    | 11.67 | $F(2,90) =$ |
|               | moderat | 76.37              | 6.40  | 12.81,       | 192.50                | 81.90  | 7.57, < .01 | 89.33     | 12.54 | 6.38, < .01 |
|               | ridicat | 78.18              | 9.44  | < .01        | 164.06                | 119.40 | < .01       | 89.93     | 17.32 |             |
| Dis. Pub.     | scăzut  | 88.96              | 5.80  | $F(2,90) =$  | 235.56                | 76.62  | $F(2,90) =$ | 106.81    | 11.63 | $F(2,90) =$ |
|               | moderat | 79.17              | 6.23  | 10.74, < .01 | 192.50                | 65.17  | 3.26, < .05 | 93.74     | 11.59 | 5.73, < .01 |
|               | ridicat | 88.85              | 10.76 |              | 246.98                | 121.92 |             | 99.16     | 18.71 |             |

Abrevieri: M = media, SD = abaterea standard; IP = iluzii pozitive; Aritm. = Proba aritmetică Raven; Dis.pub = Proba discurs în fața unui public; Num.inv. = Proba numărare inversă;

După cum se poate observa din comparațiile de mai sus, există diferențe semnificative între toate condițiile experimentale. Conform analizelor post hoc, în general diferențele se datorează diferențelor între grupele fără IP sau cu IP scăzute ↔ IP moderat

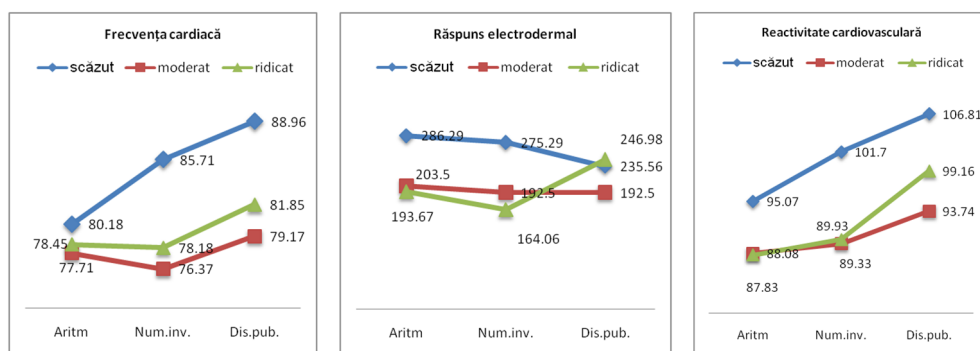


și ridicate. Nu au fost diferențe între cei cu IP moderat și IP ridicate. Aceste rezultate confirmă ipoteza de pornire a studiului și anume că subiecții cu nivele mai mari de IP manifestă grade de RFS mai mici față de subiecți cu grade mai scăzute de IP. Aceste rezultate susțin perspectiva de „adaptare” a iluziilor pozitive și aduc suport rezultatelor lui Taylor et al. (2003).

O excepție a fost că în cadrul probei Dis. Pub. gradele ridicate de IP s-au asociat cu grade mai ridicate de RFS. Ce cu IP ridicate au avut scoruri asemănătoare cu cei fără sau cu IP scăzute. Acest pattern de răspuns a fost înregistrat atât la nivelul FC cât și R-ED și RPP.

Acest rezultat este nou față de rezultatele obținute în Studiile 1 și 2 în care relația IP cu dimensiuni ale adaptării psihice era în mare parte lineară nu și curbilineară. Proba Dis. Pub. s-a dovedit a fi cea mai „eficientă”, producând modificări mai vizibile la nivelul reactivității cardiovasculare.

Graficul 15 – Variația indicatorilor electrofiziologici în funcție de nivelul iluziilor pozitive



#### 3.4.4.3. Variația indicatorilor fiziologici în diferite condiții de stres la grupele experimentale

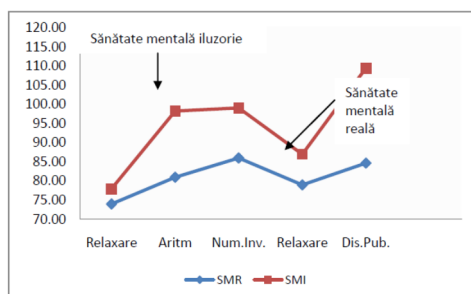
Bazând ipotezele pe teoriile și datele empirice conform cărora negarea defensivă are costuri fiziologice, am presupus că cei cu SMI în faza de intervenție vor avea puls, tensiune sistolică și diastolică, index RPP și răspunsuri electro-dermale ale pielii mai crescute decât cei cu SMR. În vederea testării acestei ipoteze, am utilizat analiza de varianță simplă, introducând factorul de sănătate mentală bazată pe evaluare clinică combinată cu autoevaluare în rol de variabilă independentă, iar indicatorii de RFS în rol de variabilă dependentă.

Înainte, am controlat dacă în faza de relaxare controlată există diferențe sau nu între grupe la nivelul indicatorilor fiziologici de bază. Datele arată că diferențele sunt nesemnificative: [FC/  $F(3,89) = 1.302$ , Ns; R-ED/  $F(3,89) = 2.253$ , Ns; TS/ $F(3,89) = 0.24$ ; TD/ $F(3,89) = 1.25$ ; RPP/  $F(3,88) = 1.099$ , Ns]. Cei SMI nu au prezentat diferențe semnificative față de cei cu SMR la nivelul dimensiunilor sănătății mentale (scale de autoevaluare). Variația indicatorilor electrofiziologici în diferite condiții de stres în funcție de grupele experimentale este prezentată de Tabelul 27.

După cum se poate observa din comparațiile de mai sus, există diferențe semnificative între toate condițiile experimentale. Testele post hoc (Scheffe) ne-au indicat că diferențele sunt semnificative între grupele SMI și SMR la fiecare indicator fiziologic, în defavoarea celor cu SMI. Cu alte cuvinte, cei cu SMI au manifestat reactivitate mai crescută la fiecare indicator fiziologic în condiție de stres indus comparativ cu grupa

SMR. Aceste rezultate confirmă ipoteza de pornire a studiului și anume faptul că cei cu SMI în ciuda faptului că nu se deosebesc de cei cu SMR, prezintă sănătate mentală pe baza autoevaluărilor. Menționăm că deși diferențele sunt semnificative statistic, ele nu reprezintă valori patologice, sau condiție medicală în cazul nici unui dintre grupe. Aceste rezultate sugerează doar că în pofida faptului că cei cu SMI nu diferă de cei cu SMR la nivelul iluziilor pozitive nici la nivelul dimensiunilor de sănătate mentală totuși manifestă un RFS mai crescut atunci când ei nu pot manipula consecințele în mod conștient. Ceea ce este de reținut este că, cu toate că ei par să fie mai sănătoși pe baza rezultatelor autoraporturilor decât cei cu DM și INC, totuși, în unele privințe ei manifestă un nivel de RFS mai mare decât cei cu DM și INC (proba de discurs în fața unui public), (Dif. Med. = 0.78,  $p < .05$ ) și INC (Dif. Med. = 1.27,  $p < .01$ ) la indicatorul de reactivitate globală. Cele mai mari diferențe au fost obținute în sarcina de Dis.pub. În această sarcină fiecare grup s-a dovedit a fi mai reactiv în general, comparativ cu sarcinile de aritmetică (Graficele 15–18).

Graficul 16 – Reactivitatea cardiovasculară (index RPP) în timpul diverselor sarcini la subiecți din grupa SMI



Tabelul 27 – Analiza comparativă: varianța indicatorilor electrofiziologici în diferite condiții de stres la grupe formate pe baza evaluării clinice

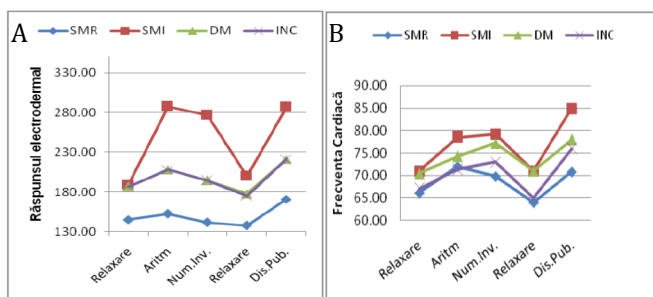
|      | SMR            | SMI           | DM            | InC            |
|------|----------------|---------------|---------------|----------------|
|      | N = 22         | N = 21        | N = 16        | N = 32         |
| FC   | 74.03 (9.2)    | 85.62 (5.18)  | 79.2 (4.77)   | 76.84 (6.95)   |
| R-ED | 160.87 (41.27) | 279.02 (6.21) | 242.3 (83.91) | 206.76 (67.33) |
| RPP  | 79.13 (7.77)   | 111.41 (46.9) | 96.16 (8.88)  | 90.14 (12.24)  |

| Rezultate (Dif. Media; F (global)) |                   |                   |                    |                   |                   |                   |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|                                    | FC                |                   | R-ED               |                   | RPP               |                   |
| SMI vs. SMR                        | 11.58, $p < .01$  | $F(3,89) = 16.87$ | 98.14, $p < .01$   | $F(3,89) = 11.93$ | 32.28, $p < .01$  | $F(3,89) = 6.67$  |
| SMI vs. DM                         | -6.10, $p < .05$  | $p < .01$         | -36.72, Ns.        | ( $p < .01$ )     | -15.25, Ns.       | ( $p < .01$ )     |
| SMI vs. InC                        | -8.78, $p < .05$  |                   | 72.25, $p < .01$   |                   | -21.27, $p < .05$ |                   |
| SMR vs. SMI Aritm                  | -6.43, $p < .05$  | $F(3,89) = 4.73$  | -134.98, $p < .05$ | $F(3,89) = 5.00$  | -18.56, $p < .05$ | $F(3,89) = 5.34$  |
|                                    |                   | $p < .01$         |                    | ( $p < .01$ )     |                   | ( $p < .05$ )     |
| Count                              | -9.42, $p < .05$  | $F(3,89) = 6.90$  | -134.98, $p < .01$ | $F(3,89) = 7.25$  | -19.25, $p < .01$ | $F(3,89) = 11.35$ |
|                                    |                   | $p < .01$         |                    | ( $p < .01$ )     |                   | ( $p < .01$ )     |
| Dis. Pub.                          | -12.61, $p < .01$ | $F(3,89) = 9.75$  | -115.93, $p < .01$ | $F(3,89) = 6.44$  | -24.83, $p < .01$ | $F(3,89) = 14.80$ |
|                                    |                   | $p < .01$         |                    | ( $p < .01$ )     |                   | ( $p < .01$ )     |

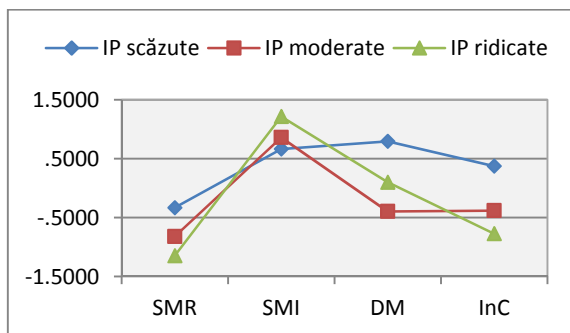
Abrevieri: DM = Grupa cu distres manifest; SMI = Grupa cu sănătate mentală iluzorie; SMR = Grupa sănătate mentală reală; InC = Grupa care momentan trece printr-o criză emoțională; FC = Frecvența cardiacă; R-ED = Răspunsul electrodermal; RPP = Rate Pressure Product (Index de reactivitate cardiovasculară)

Graficul 17 – Modificări la nivelul răspunsului electrodermal (A) și al frecvenței cardiace (B) în timpul diverselor sarcini la grupele experimentale

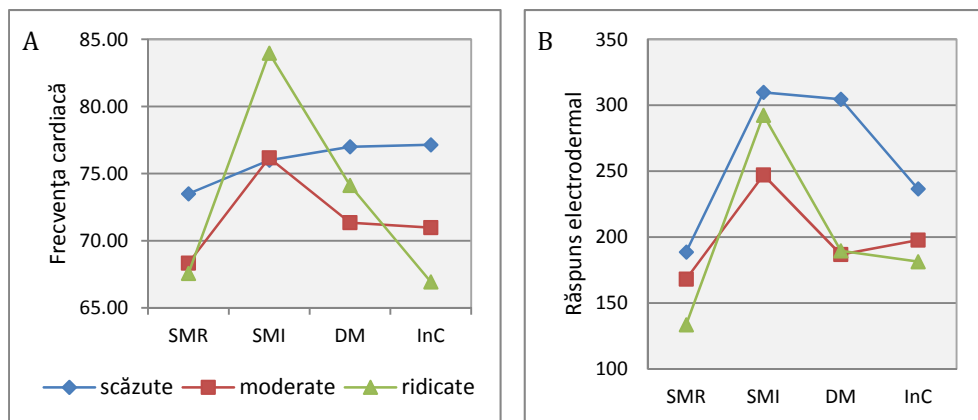


Per ansamblu, cele mai reactive persoane s-au dovedit a fi persoanele care pe lângă că au fost clasificate ca având SMI au manifestat IP ridicate. Cele mai puțin reactive persoane au fost cele din grupa cu SMR, caracterizate de nivele IP ridicate. Aceste rezultate sunt importante fiindcă ne spun că nu iluziile pozitive sunt de vină pentru reactivitatea mai crescută la stres, ci în primul rând prezența unor scheme de sine vulnerabile și negarea distresului interior. La nivelul factorului total de reactivitate, mărirea efectului arată că efectul iluziilor pozitive asupra reactivității este mai mic (.298) decât efectul negării defensive (.499). La nivelul reactivității FC, R-ED și RPP mărirea efectului indică de asemenea că efectul negării defensive este mai mare FC/ (.383); R-ED (.371); RPP(.230) în comparație cu efectul iluziilor pozitive FC/ (.200); R-ED (.232); RPP(.230). De asemenea, considerăm un rezultat important, că în cazul grupei SMR nu a contat gradul de iluzie pozitivă, reactivitatea a rămas la nivel „optim” independent dacă au manifestat sau nu iluzii pozitive. Acest rezultat sugerează că cei într-adevăr sănătoși nu au nevoie de iluzii pozitive, așa cum au presupus reprezentanții abordărilor clasice. Conform analizelor, se pare că iluziile pozitive în ceea ce privește reactivitatea au contat tocmai la persoanele care manifestă afectivitate negativă și în cazul celor care momentan trec printr-o criză. Aceste rezultate întăresc ipoteza noastră formulată pe baza rezultatelor obținute în Studiul 2 și anume că iluziile pozitive sunt disfuncționale doar în cazul celor cu SMI, nu și în cazul celor cu DM sau InC. La nivel general, aceste rezultate susțin ambele perspective competitive în mod parțial, pe de o parte susțin ipoteza că iluziile pozitive se asociază în general cu reactivitate scăzută la stres, pe de altă parte susțin ipoteza că în cazul în care se asociază cu vulnerabilitate și apărare se relaționează cu reactivitate crescută în situație de stres.

Graficul 18 – Variația indicatorului RPP în funcție de nivelurile iluziei pozitive la grupele experimentale



Graficul 19 – Varianța FC (A) și R-ED (B) în funcție de nivelurile iluziilor pozitive la grupele experimentale



#### 3.4.4.4. Predicția reactivității fiziologice în condiție de stres de scor distres obținut

În scopul reducerii complexității variabilelor, asemănător metodei utilizate în Studiile 1 și 3 (Taylor et al., 2000), am utilizat analiza factorială la nivelul componentelor sănătății mentale. Am obținut 3 factori: (1) factorul de distres (DIS); (2) resurse pozitive (RP) și (3) vulnerabilitate cognitivă (VC). Încărcările factoriale pentru fiecare dimensiune sunt prezentate în Tabelul 28.

Tabelul 28 – Încărcările factoriale ale componentelor în factor

| Factor                    | Componenți                     | Încărcare factorială |
|---------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Distres                   | Anxietate (STAI)               | .868                 |
|                           | Depresie (BDI)                 | .892                 |
|                           | Neuroticism (EPQ)              | .847                 |
|                           | Distres (POMS)                 | .907                 |
| Resurse pozitive          | Stima de sine (ROSEN)          | .836                 |
|                           | Autonomie (SWLS)               | .729                 |
|                           | Optimism (LOT)                 | .856                 |
|                           | Disp.Poz. (POMS)               | .837                 |
| Vulnerabilitate cognitivă | Atitudini disf. (DAS)          | .869                 |
|                           | Convingeri iraționale (ABS II) | .785                 |
|                           | Gânduri automate (ATQ)         | .554                 |

#### 3.4.4.5. Analiza componentelor principale, rotație Promax

În vederea obținerii, unui răspuns per ansamblul lotului, referitor la întrebarea care dintre factorii candidați, evaluarea clinică bazată pe amintiri timpuri, factorul de distres stabilit pe baza autoevaluărilor, sau iluziile pozitive explică mai bine varianța reactivității fiziologice la stres, am efectuat o analiză de regresie lineară în care cu rol de

variabilă dependentă am introdus factorul de reactivitate și cei trei indicatori fiziologici (per ansamblul probelor), iar cu rol de predictor au fost introduse: evaluarea clinică a distresului, evaluarea distresului cu scale de autoevaluare, respectiv iluziile pozitive. În timp ce evaluarea clinică bazată pe amintirile timpurii explica varianța factorului total de reactivitate în 27% [ $F(2,86) = 15.54, p < .01, \beta = -.520, p < .01$ ], iluziile pozitive și distresul bazat pe autoevaluare aveau o valoare predictivă mică de 5% respectiv 6%, însă efectul nu a fost semnificativ. Evaluarea clinică a distresului prin amintiri timpurii s-a dovedit a fi mai eficientă la nivelul fiecărui indicator fiziologic, scorurile mai mari de amintiri timpurii (însemnând amintiri mai pozitive) au prezis scoruri mai mici de RFS și invers [ $RPP/F(5, 88) = 2.1, p < .05; FC/R^2 = .25, F(4, 88) = 7.15, p < .01; \beta = -.434$  și  $R-ED/R^2 = .24, F(4, 86) = 5.25, p < .05, \beta = -.455$ ]. Aceste rezultate sunt foarte importante deoarece sugerează că schemele disfuncționale timpurii evaluate prin amintiri timpurii pot juca un rol mai important decât s-a crezut. Este posibil ca efectul acestor scheme timpurii să fie mediat de scheme cognitive disfuncționale actuale sau prin afectivitate negativă. Efectul este valabil și invers, și anume că schemele cognitive timpurii funcționale oferă o protecție (o imunitate psihică). Schemele funcționale pozitive prezic reactivitate mai scăzută la distres. Scheme cognitive timpurii apar la două grupe, la cei cu SMI și la cei cu DM. Întrebarea care derivă din cele obținute mai sus este: care este deosebirea dintre cei cu SMI și DM? De ce au cei cu SMI reactivitate mai crescută la nivel R-ED decât cei cu DM. Atunci când apărarea nu este luată în calcul, efectul iluziilor pozitive pare a fi ambiguu. Per ansamblul lotului, puterea predictivă a IP s-a dovedit a fi nesemnificativă, însă atunci când am reluat analiza în cadrul grupelor, efectul IP s-a modificat. Coeficientul de determinare a crescut semnificativ în cazul grupei SMR  $R^2 = .12$ , însă varianța comună a variabilelor dependente și independente a rămas nesemnificativă. În schimb, coeficientul de determinare a indicat o valoare predictivă medie  $R^2 = .47, F(1,20) = 17.15, p < .01$ , în cazul grupei SMI linia de regresie a fost abruptă, [ $SMI / B = 7.30, p < .01$ ]. În timp ce la grupa InC scorurile mai mari de IP au prezis scoruri mai mici de reactivitate, la grupa SMI scorurile mai mari de IP au prezis scoruri mai mari de reactivitate. Faptul că per ansamblul lotului iluziile pozitive nu au avut un efect semnificativ se datorează faptului că efectul lor a fost neutralizat de relația pozitivă la grupa SMI (Tabelul 29).

Tabelul 29 – Valori Beta standardizate. Efectul predictiv al iluziilor pozitive asupra indicatorilor fiziologici la grupele experimentale

| Grupe | FC    |                                 |                       | R-ED  |                                |                     | RPP   |                                |                     |
|-------|-------|---------------------------------|-----------------------|-------|--------------------------------|---------------------|-------|--------------------------------|---------------------|
|       | $R^2$ | F                               | $\beta$               | $R^2$ | F                              | $\beta$             | $R^2$ | F                              | $\beta$             |
| SMR   | .124  | $F(3,19) = 2.84,$<br>Ns.        | -.353,<br>Ns.         | .320  | $F(3,19) = 9.41,$<br>$p < .01$ | -.566,<br>$p < .01$ | .181  | $F(3,19) = 4.40,$<br>$p < .05$ | -.425,<br>$p < .05$ |
| SMI   | .477  | $F(3,18) = 17.32,$<br>$p < .01$ | (.691),<br>$p < .01$  | .015  | $F(3,18) = 0.93,$<br>Ns.       | .123,<br>Ns.        | .037  | $F(3,18) = .424,$<br>Ns.       | -.192,<br>Ns.       |
| DM    | .077  | $F(3,13) = 1.16,$<br>Ns.        | -.277,<br>Ns.         | .370  | $F(3,13) = 7.63,$<br>$p < .05$ | -.608,<br>$p < .05$ | .079  | $F(3,13) = 1.20,$<br>Ns.       | -.281,<br>Ns.       |
| InC   | .290  | $F(3,29) = 12.27,$<br>$p < .01$ | (-.539),<br>$p < .01$ | .105  | $F(3,29) = 3.41,$<br>Ns        | -.325,<br>Ns.       | .121  | $F(3,29) = 4.12,$<br>$p < .05$ | -.348,<br>$p < .05$ |

$R^2$  = coeficient de determinare

$\beta$  = valoarea beta, indică relații multivariate

**Abrevieri:** DM = Grupa cu distres manifest; SMI = Grupa cu sănătate mentală iluzorie; SMR = Grupa cu sănătate mentală reală; InC = Grupa care momentan trece printr-o criză emoțională; FC = Frecvența cardiacă; R-ED = Răspunsul electrodermal; RPP = Rate Pressure Product (Index de reactivitate cardiovasculară);

Rezultatele obținute confirmă parțial ipoteza studiului și anume că scoruri mai mari de IP prezic scoruri mai mari de RFS.

În următorul pas, am transformat factorul nominal de reactivitate globală în factor categorial dihotomic, cu cut off point la median (împărțind lotul în două). Valorile mai mici de 1 întăresc probabilitatea reactivității scăzute, iar valorile mai mari de 1 întăresc probabilitatea reactivității crescute. Suntem conștienți de faptul că împărțirea grupelor în două grupe egale nu este cea mai bună soluție, dar având un lot redus la număr nu am putut permite formarea unor grupe extreme. În urma analizei de regresie binominală am obținut că per ansamblul lotului iluziile pozitive scad cu 12% probabilitatea riscului de reactivitate crescută ( $R^2 = .12$ ,  $Exp(B) = .43$ ).

În cazul grupei SMR, IP scad cu 28% probabilitatea riscului de reactivitate globală,  $Exp(B) = .155$ ,  $p < .05$ . La grupa SMI, IP cresc probabilitatea reactivității globale cu 18%  $Exp(B) = 1.26$  (IP cresc probabilitatea unei reactivități crescute la nivel FC cu 41%, ( $Exp(B) = 1.44$ ,  $p < .05$ ; și cu 38% la nivelul indexului RPP,  $Exp(B) = 1.59$ , dar nu au efect semnificativ asupra R-ED). În cazul grupei DM, IP scad probabilitatea riscului de reactivitate globală cu 24%,  $Exp(B) = .170$ ,  $p < .05$ . În cazul grupei DM, IP au un efect puternic asupra reactivității la nivel R-ED scăzând probabilitatea acestuia cu 73%. La grupa InC, IP scad probabilitatea reactivității globale cu 25%  $Exp(B) = .130$ ,  $p < .01$ . Aceste rezultate susțin ipoteza studiului și anume că atunci când IP se asociază cu apărare (în cazul grupei SMI) crește probabilitatea reactivității. Un rezultat foarte important este că în timp ce IP nu au efectul așteptat la grupa SMR (IP scad probabilitatea unei reactivități mai mari) însă nivelul lor nu a contat prea mult. În schimb, la grupele DM și InC, IP nu numai că scad semnificativ probabilitatea unei reactivități crescute, însă contează și nivelul lor. Să ne amintim că la grupele DM și InC cei cu grade mai ridicate de IP, au fost la fel de puțin reactivi ca și cei din grupa SMR. Aceste rezultate demonstrează clar ipoteza mai înainte formulată, că IP apar ca fiind disfuncționale doar în cazul grupei SMI, dar apar ca fiind funcționale în cazul celorlalte grupe. Aceste rezultate aduc suport atât perspectivei „adaptare” cât și perspectivei de „apărare”, cu nuanțarea că ambele ipoteze sunt adevărate atâta timp cât facem deosebire între ce cu SMI și SMR. În timp ce patternurile de răspuns ale celor cu SMR și INC corespund modelului descris de Taylor et al., iar celor cu DM corespund cu ipoteza realismului depresiv; profilul evidențiat de date ale celor cu SMI corespunde modelului descris de perspectiva de „apărare” (Cousineau & Shedler, 2006; Colvin et al., Shedler et al.).

Sintetizând rezultatele mai importante:

1. În cazul probelor aritmetice nu a contat gradul de IP. Cei care s-au evaluat a fi mai buni ca media, respectiv ca având mai multe șanse de reușită au raportat RFS mai scăzut. Aceste rezultate întăresc ipoteza de „adaptare” și sprijină teoria adaptării cognitive; însă efectul – mai multe iluzii = mai multă sănătate – a dispărut.
2. Atunci când evaluarea socială a fost imediată și directă (proba de discurs în fața unui public) IP ridicate („sunt absolut mai bun”, „am absolut mai multe șanse de reușită”) s-au asociat cu un RFS mai crescut, evidențiind o relație curbilinară cu indicatori fiziologici. Aceste rezultate sprijină „ipoteza de limită optimă a iluziilor pozitive”.
3. În pofida faptului că cei cu SMI nu prezintă un tablou clinic și nu par să se deosebească de cei cu SMR la nivel de sănătate mentală (bazată pe auto-evaluare), ei manifestă totuși un RFS semnificativ mai crescut. Mai mult, în unele privințe (R-ED), cei cu SMI s-au dovedit a fi mai reactivi decât cei depresivi și anxioși.

4. Per ansamblul probelor, cele mai reactive persoane s-au dovedit a fi persoanele cu SMI cu IP ridicate. Cele mai puțin reactive persoane au fost cei din grupa SMR cu IP ridicate. Aceste rezultate sunt importante fiindcă arată că nu neapărat magnitudinea iluziilor pozitive este responsabilă pentru consecințe, ci, foarte probabil, schemele cognitive care stau în spatele lor.
5. Un alt rezultat important scos în evidență de datele prelucrate a fost faptul că în timp ce în cazul grupei SMR iluziile pozitive „nu au contat” foarte mult în predicția RFS, în cazul grupelor DM și InC au avut un efect semnificativ în reducerea RFS (gradele mai mari de IP sporeau probabilitatea unei reactivități optime), apărând astfel ca factori protectivi. Acest efect a fost exact invers la grupa SMI. Aici IP creșteau probabilitatea unei reactivități peste limita optimă, apărând ca factori de risc. Rămâne de văzut care sunt acele căi prin care IP exercită un efect asupra modificărilor la nivel fiziologic.
6. Aceste rezultate aduc suport atât perspectivei de „adaptare”, cât și perspectivei de „apărare”, cu nuanțarea că ambele ipoteze sunt adevărate atâta timp cât facem deosebire între cele cu SMI și cele cu SMR. În timp ce *pattern*-urile de răspuns ale celor cu SMR și INC corespund modelului descris de Taylor et al., iar cele cu DM corespund cu ipoteza realismului depresiv; profilul evidențiat de datele celor cu SMI corespunde modelului descris de perspectiva de „apărare” (Colvin et al., Shedler et al.).

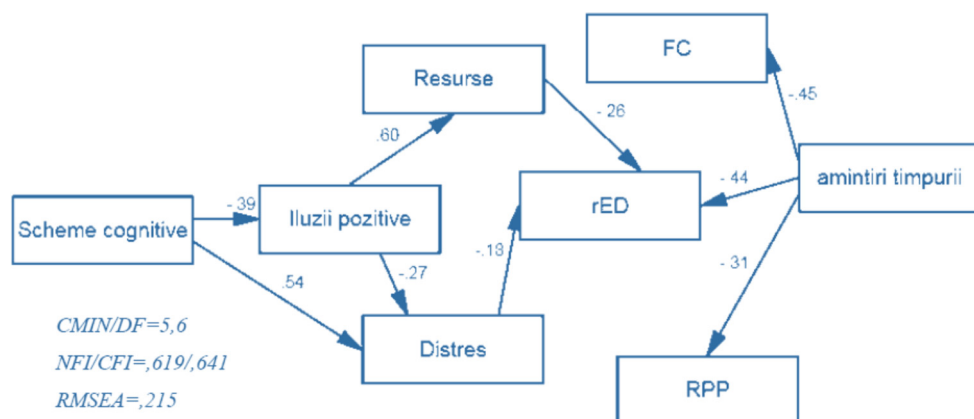
#### 3.4.4.6. Analiza de cale și de mediere

Pe baza rezultatelor obținute în cadrul Studiului 3, am presupus că în cazul grupei SMR resurse pozitive, strategiile de coping adaptative și lipsa afectivității negative vor media relația între iluzii pozitive și reactivitate la stres, iar în cazul celor cu SMI, relația iluziilor pozitive cu reactivitate va fi influențată de scheme cognitive disfuncționale, autoamăgire și strategii de coping disfuncționale. În vederea testării unor posibile căi prin care iluziile pozitive influențează reactivitatea am aplicat analiza de path și de mediere (vezi Studiul 2).

În vederea construcției unor căi ipotetice am utilizat softul de ecuații structurale AMOS 18.0. Relațiile și direcțiile au fost construite în baza ipotezelor formulate inițial. Pentru fiecare ipoteză s-a formulat câte o ecuație de regresie inclusă într-un sistem de ecuații. Pe parcursul construirii modelelor în funcție de rezultate obținute am testat mai multe variante de relații și direcții, incluzând în model doar pe cele care s-au dovedit a fi semnificative. Acordurile și discrepanțele între ipotezele noastre inițiale și rezultat final (privind relațiile și direcția relațiilor) vor fi subliniate în cadrul prezentării rezultatelor. Atunci când acest lucru a fost indicat de date, analiza de mediere a fost calculată și cu testul Sobel după algoritmul propus de Baron și Kenny (1996). Reprezentarea grafică a modelelor obținute prin path analysis (vezi Figurile 15–19).

Per ansamblul lotului, IP nu au avut un efect direct asupra indicatorilor fiziologici. IP au avut un efect indirect prin resurse pozitive și factorul distres asupra R-ED. Scoruri mai ridicate de IP au prezis scoruri mai ridicate de resurse, iar scorurile mai mari de RP au prezis scoruri mai mici de R-ED. În schimb nici distresul nici resursele nu au avut un efect semnificativ asupra FC și RPP.

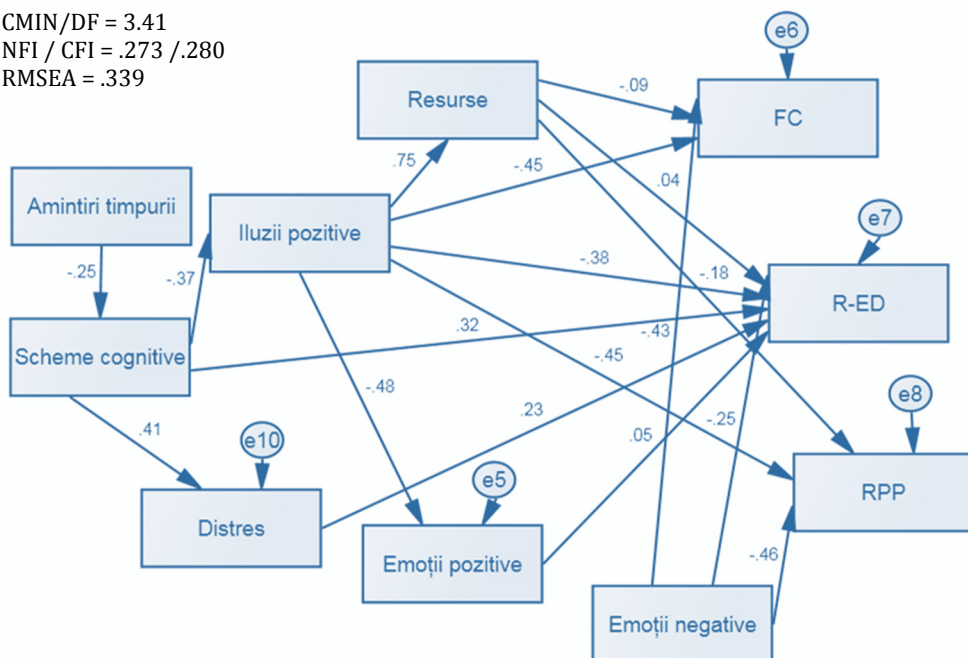
Figura 15 – Predicția reactivității fiziologice la stres per ansamblul lotului



Amintirile timpurii nu au avut un efect semnificativ asupra IP, doar schemele cognitive actuale. Efectul schemelor cognitive timpurii a fost directă de putere medie (și nu indirectă așa cum am presupus). Scorurile mai mari de amintiri timpurii (reprezentând amintiri pozitive) au prezis scoruri mai mici de R-ED, FC și RPP. Per ansamblul lotului, schemele cognitive timpurii s-au dovedit a fi cei mai importanți factori asupra RFS. În mod paradoxal, distresul a avut un efect negativ asupra R-ED, adică scoruri mai mari de distres au prezis scoruri mai mici de R-ED. Cu toate că schemele cognitive disfuncționale au avut un efect semnificativ de putere medie asupra distresului (.54).

Figura 16 – Analiza de cale. Factori care influențează RFS în situație de stres controlat la grupa cu sănătate mentală reală.

CMIN/DF = 3.41  
NFI / CFI = .273 /.280  
RMSEA = .339





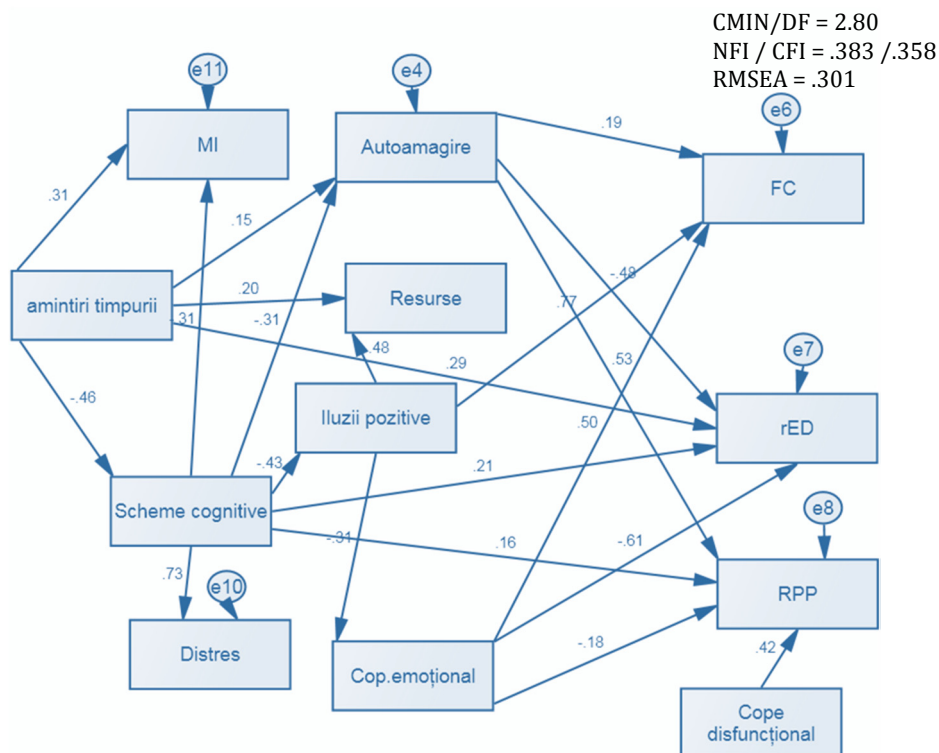
- La grupa SMR, IP au avut un efect negativ direct (nu și indirect cum am presupus) de putere medie asupra FC ( $\beta = -.45, p < .05$ ) R-ED ( $\beta = -.32, p < .05$ ) și RPP ( $\beta = -.45, p < .05$ ), reducând RFS.
- Contrar ipotezelor noastre, IP, cu toate că au avut un efect semnificativ asupra RP ( $\beta = .75, p < .01$ ), și emoții pozitive ( $\beta = .45, p < .01$ ) acestea din urmă nu au avut efect asupra FC și R-ED, doar un efect slab negativ asupra RPP.
- Ulterior s-a dovedit că acest efect a fost parțial mediat de scheme cognitive timpurii și actuale. Astfel, scoruri mai mari de amintiri timpurii (amintiri pozitive) au prezis scoruri mai mici de scheme cognitive disfuncționale (convingeri și atitudini funcționale), iar acestea au prezis grade mai mari de iluzii pozitive. Atunci când am controlat efectul amintirilor timpurii și al schemelor cognitive, efectul IP asupra RFS a scăzut.
- Iluziile pozitive au avut un efect de neutralizare a efectului schemelor cognitive, amortizând efectul schemelor cognitive disfuncționale. Inițial, schemele cognitive au avut un efect mai mare asupra distresului și prin acestea pe RFS, însă atunci când IP au fost introduse în model acest efect a scăzut semnificativ.
- Amintirile timpurii, deși nu au avut un efect semnificativ direct asupra IP, au avut efect mediat de scheme cognitive actuale. Scoruri mai mici de scheme cognitive disfuncționale au prezis scoruri mai mari de IP și scoruri mai mari de scheme cognitive disfuncționale au prezis scoruri de distres mai mare. La acest grup, efectul paradoxal între distres și RFS a dispărut, și a fost evidențiat un rezultat obișnuit, și anume scoruri mai mari de distres au prezis RFS mai crescut ( $\beta = .23, p < .05$ ).

Un rezultat interesant la această grupă a fost pus în evidență între starea emoțională negativă și indicatori fiziologici evidențiind iarăși un efect paradoxal. Putem vedea că scoruri mai mari de emoții negative au prezis scoruri mai mici de RFS! Să nu uităm că este vorba de emoțiile negative trecătoare și nu de distres ca trăsătură. Aceste rezultate până la urmă întăresc ipotezele noastre și anume că exprimarea emoțiilor negative reduc RFS, iar camuflarea lor conduce la dezechilibru și RFS mai crescut.

Rezultatele obținute la grupa SMI ( $N = 21$ ) arată că:

- În cazul grupe SMI iluziile pozitive au avut un efect pozitiv mediu ( $\beta = .336, p < .05$ ) puternic asupra FC, în sensul că scoruri mai mari de OP au prezis scoruri mai mari de RFS. Atunci când în model au fost introduse scheme cognitive și amintirile timpurii, efectul iluziilor pozitive asupra FC a crescut ( $\beta = .772, p < .05$ ).
- IP nu au avut efect direct pe R-ED sau RPP, în schimb au avut un efect prin coping emoțional.
- În mod contradictoriu, iluziile pozitive în acord cu rezultatele găsite în Studiul 2, la acest grup au avut un efect negativ asupra copingului emoțional ( $\beta = -.31, p < .05$ ), iar acesta a avut un efect pozitiv de putere medie asupra FC ( $\beta = .500, p < .01$ ), și un efect negativ asupra R-ED ( $\beta = -.611, p < .01$ ). Cu alte cuvinte, în timp ce copingul emoțional a prezis RFS mai mare la nivel FC, a prezis RFS mai scăzut la nivel R-ED. Studii precedente au găsit un astfel de rezultat ambiguu. Aceste rezultate sunt importante deoarece furnizează informații foarte specifice despre relațiile complexe dintre iluzii pozitive scheme cognitive, mecanisme de coping și RFS.

Figura 17 – Factori care influențează RFS în situație de stres controlat la grupa cu sănătate mentală iluzorie.



- Același efect paradoxal îl putem sesiza și în cazul autoamăgirii. În timp ce autoamăgirea prezisă de scheme cognitive timpurii a avut un efect pozitiv asupra RFS la nivel RPP ( $\beta = .532, p < .01$ ) și FC ( $\beta = .191, p < .05$ ), în același timp a avut efect negative asupra R-ED ( $\beta = -.488, p < .01$ ).
- Un alt rezultat care susține caracteristicile descrise despre cei cu SMI a fost că IP cu toate că au un efect asupra nivelului de distres și resurse autoraportate, acești factori nu au avut nicio legătură cu reactivitatea, nici în sens pozitiv nici în sens negativ.
- Copingul disfuncțional a avut un efect independent și direct asupra RFS la nivel de RPP ( $\beta = .424, p < .01$ )

Rezultatele obținute la grupa DM ( $N = 16$ ) arată că:

- La grupa DM, IP au avut un efect direct doar asupra R-ED ( $\beta = -.677, p < .01$ ) și nu au avut efect asupra FC sau RPP. În schimb, efectul iluziilor pozitive a fost mediat de RP ( $\beta = -.36, p < .01$ ) asupra cărora ei au avut un efect pozitiv semnificativ ( $\beta = .55, p < .01$ ).
- În mod neașteptat, autoamăgirea la acest grup a prezis scoruri mai mari de RFS, la nivel FC ( $\beta = .48, p < .01$ ); R-ED ( $\beta = .35, p < .01$ ); RPP ( $\beta = .61, p < .01$ ).
- Și în cazul acestei grupe a fost pus în evidență un efect neașteptat și aparent paradoxal. Strategiile de coping disfuncționale (evitare, pasivitate) au avut un efect ne-

gativ puternic asupra RFS la nivel de RPP ( $\beta = -.62, p < .01$ ), cu alte cuvinte cu cât mai mult se practică copingul prin pasivitate cu atât mai mult scade RFS la nivel R-ED.

- Așa cum era de așteptat la această grupă, distresul (prezis de scheme cognitive disfuncționale) a prezis scoruri mai mari de RFS la nivel RPP.

Figura 18 – Factori care influențează RFS în situație de stres controlat la grupa care trece printr-o criză emoțională temporară.

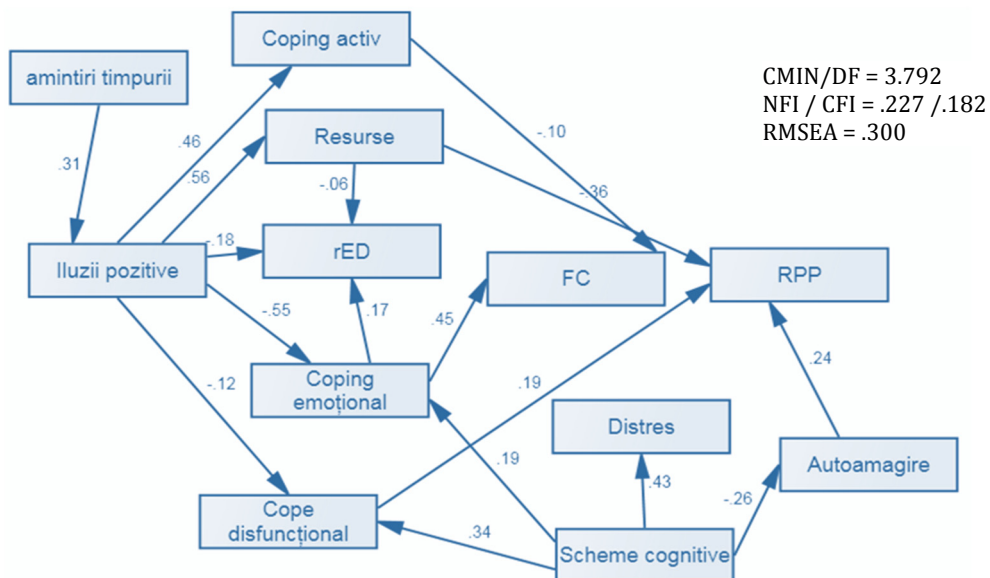
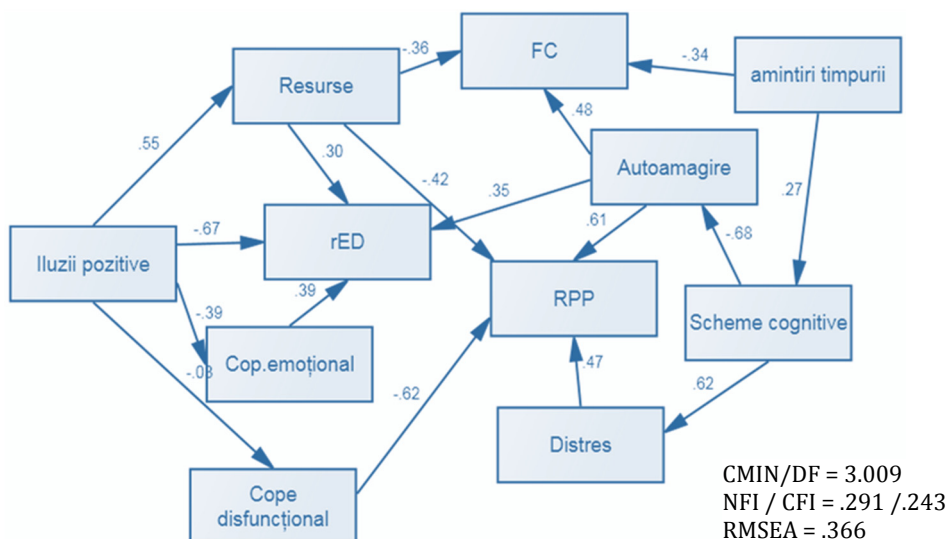


Figura 19 – Factori care influențează RFS în situație de stres controlat la grupa cu distres manifest.



### 3.4.5. Discuții

Studiile prezentate mai sus s-au focalizat pe investigarea comparativă a celor două perspective *asupra efectului de autoîmbunătățire jucat în sănătatea mentală: unul care susține că iluziile pozitive mențin reactivitatea fiziologică la nivel optim în situație de stres, iar celălalt care susține că iluziile pozitive se asociază cu reactivitate crescută la stres*. În experiment am folosit presiunea arterială, frecvența cardiacă și răspunsul electrodermal ca și indicatori ai reactivității în situație de stres. Într-o primă etapă am urmărit să verificăm dacă reactivitatea crescută la stres reflectată este asociată cu iluzii pozitive sau este mai degrabă o caracteristică a persoanelor cu sănătate mentală iluzorie.

Rezultatele au indicat că variația FC/R-ED/RPP în situație de stres cresc semnificativ față de relaxarea controlată și că magnitudinea acestui efect este mai mare la participanții cu IP scăzute față de cei cu IP moderate și ridicate. Cu toate acestea, între iluzii pozitive și reactivitate nu a fost o relație liniară. Din punctul de vedere al semnificației statistice, nu a contat dacă iluziile pozitive au avut un nivel moderat sau ridicat, ceea ce a contat a fost prezența distorsiunilor pozitive. Cei care erau puțin „peste medie” au manifestat un nivel mai mic de reactivitate în situație de stres indus.

În concluzie, la nivelul lotului, IP se asociază într-adevăr cu o reducere a reactivității la nivelul indicatorilor fiziologici studiați. Aceste rezultate susțin perspectiva de „adaptare” (Taylor et al., 2000; Taylor et al., 2003). Însă atunci când am analizat rezultatele în funcție de probe alese, am găsit că cei cu IP ridicate (cei care s-au considerat a fi mult peste medie) au fost mai reactivi în proba de discurs în fața unui public decât cei care nu au deținut aceste resurse pozitive. Rezultate similare au fost observate de Segestrom (2005/2006) ajungând la concluzia că optimismul după un anumit nivel are un efect paradoxal asupra imunității și a reactivității fiziologice. Acest rezultat este nou față de rezultatele obținute în Studiile 1, 2 și 3 în care relația iluziilor pozitive cu dimensiunile sănătății mentale a adus dovezi în sprijinul existenței unei limite optime a iluziilor pozitive.

Sunt două posibilități de a explica aceste situații în lumina rezultatelor obținute de Studiile 2 și 3, fie că este vorba de grupa cu sănătate mentală iluzorie, fie că este vorba de acel grup la care iluziile pozitive au fost asociate cu autoamăgire și managementul impresiei. O explicație posibilă a acestei inconsistențe poate fi că, în timp ce cei cu iluzii pozitive ridicate au reușit să obțină, pe scale de auto-evaluare, scoruri mai bune prin autoamăgire și în consecință să creeze o asociație falsă între iluzii pozitive și sănătatea mentală, în momentul în care s-a trecut la o evaluare care a filtrat posibilitatea influențării conștiente a rezultatelor, acest lucru nu a mai fost posibil. Criticii teoriei adaptării cognitive au arătat că persoanele care nutresc iluziile excesive deși la prima vedere, pot fi văzuți în termeni pozitivi: simpatici, încrezători, populari, pe termen lung însă imaginea lor devine afectată (de exemplu, Robins și Beer, 2001) și au parte de excludere socială, (Colvin, Block & Funder, 1995). Alte cercetări au demonstrat că aceste persoane, după ce înregistrează eșecuri, devin mai ostili și frustrați (Johnson, Vincent, și Ross, 1997) și simt mai puțină bucurie după succese (McGraw, Mellers, Ritov, 2004). În plus, manifestă, în mai mare măsură, autoreflexie în comparație cu cei care dețin nivele moderate sau scăzute de iluzii pozitive (Gosling, John, Craik & Robins, 1998). De asemenea, este posibil ca aceste persoane să își propună obiective mai greu de atins (în acord cu schemele de sine pozitive) creând astfel premisele apariției unor

posibile eșecuri. Toți acești factori cumulați, vor contribui ulterior la formarea vulnerabilități crescute.

În ceea ce privește întrebarea dacă sănătatea mentală iluzorie se asociază cu reactivitate crescută în situație de stres indus, răspunsul este un categoric *da*. Deși la prima vedere par să nu difere de cei cu SMR în ceea ce privește nivelul iluziilor pozitive sau la nivel de sănătate mentală bazată pe autoraport, atunci când sunt supuși unor probe obiective de măsurare a reactivității la stres ei s-au dovedit a fi mai reactivi decât cei într-adevăr sănătoși. Înainte de a discuta aceste rezultate, remarcăm că, chiar dacă cei cu SMI au manifestat reactivitate mai mare din punct de vedere statistic, nu înseamnă că acest nivel de vulnerabilitate este clinic sau patologic. În orice caz, acestor rezultate trebuie să le fie acordată atenție din cauza incoerenței între scorurile obținute la scale de autoevaluare și evaluare clinică. Shedler et al. (1993) au obținut rezultate similare și au declarat că ele reprezintă semn de susceptibilitate la diverse boli. Cu toate acestea, rezultatele sunt greu comparabile, deoarece de mult depinde de metoda de măsurare și de instrumentele utilizate. Aceste rezultate, evident, nu sunt noi, ci sunt parte integrantă a literaturii dedicate studierii consecințelor reprimării, însă ele fac parte din acele puține studii care au vizat consecințele stilului defensiv în asociație cu iluzii pozitive.

Nivelul reacțiilor sistemului nervos autonom ca și măsurătoare a sănătății în condiții de stres are avantajul de a fi independent de controlul mecanismelor de apărare, iar astfel este înlăturată biasarea care rezultă din distorsionarea pozitivă. Această caracteristică sugerează că reacțiile autonome pot fi legate de un alt tip de răspuns la stres care se află în afara controlului conștient al individului – și anume, mecanismele defensive. Conform acestei formule, stresul psihic activează utilizarea mecanismelor de apărare; cu cât stresul este mai mare, cu atât mai mare este nevoia de apărare. Din moment ce stresul activează de asemenea sistemul nervos autonom, o amplificare a apărării ar trebui legată de reacții fiziologice amplificate. Utilizarea mecanismelor de apărare protejează astfel individul de trăirea conștientă a anxietății, în timp ce reacția la nivel fiziologic se manifestă independent de trăirea conștientă.

Un rezultat surprinzător a fost că cei cu SMI, în unele privințe, au demonstrat o reactivitate mai mare decât cei cu DM și INC. Mai mulți autori argumentează că dacă la vârsta adultă distresul psihic nu poate fi exprimat sau descărcat pe plan psihic din cauza mecanismelor defensive dezadaptative sau din cauza altor blocaje psihice, el va căuta căi de exprimare mai primitive și anume pe plan somatic rezultând într-o mai mare reactivitate pe plan somatic. În conformitate cu punctul de vedere tradițional, era de așteptat ca cei din grup SMI să fie mai reactivi decât cei din DM. Această ipoteză s-a adevărit doar parțial. Cei din grupa SMI au fost mai reactivi decât cei din grupa DM, numai în proba de discurs în fața unui public. În alte probe, de pildă grupa DM a fost mai reactivă la nivel RCV, în timp ce grupa SMI a fost mai reactivă la nivel de R-ED. La prima vedere aceste rezultate s-au dovedit a fi contradictorii și dificil de interpretat. Din moment ce atât conductivitatea pielii cât și reactivitatea cardiovasculară au fost asociate cu tipare de răspuns defensiv, ne putem aștepta la o relație pozitivă între aceste două măsuri psihologice ca răspuns la stres.

Totuși, contrar acestei așteptări, dovezile indică faptul că reacțiile FC și SC nu sunt totdeauna corelate. Unul dintre motive ar fi acela că atât sistemul simpatic cât și cel parasimpatic modulează inima, în timp ce glandele sudoripare sunt activate numai de inervația simpatică (Kelsey, 1991). Corelații mici pot reflecta de asemenea stereotipul răspunsului individual, așa cum îl descrie Dawson, Schell & Fillion (1990). Unii indivizi

demonstrează activarea SCL amplificată de modificare FC minimă, în timp ce alții indică tiparul invers. Astfel, studiul relației dintre reactivitatea cardiacă și răspunsul electro-dermic la stres a dus la rezultate inconsistente, indicând adesea că cele două sisteme de răspuns sunt independente sau chiar pot produce efecte opuse (ex. Hughes, Uhlmann & Pennebaker, 1994; Wegner et al., 1990, Barger et al., 1997). Aceste explicații sunt în concordanță și cu rezultatul că cei cu SMI au efectuat în mai mică măsură sarcina aritmetică și în mai mare măsură sarcina care a implicat evaluare socială (implicit control mărit și inhibiție comportamentală din partea lor). În cazul bolilor cardiovasculare, relația între apărarea psihologică și boală este transmisă de reactivitatea autonomă a sistemului neuronal vegetativ în urma căruia crește pulsul și tensiunea afectând țesutul interior al arterelor declanșând un proces de sclerozare a arterelor și manifestându-se ulterior în diferite boli ale inimii (Kantz & Manuck, 1984, *apud* Shedler et al., 1993).

Analiza de regresia a indicat că iluziile pozitive scad riscul de a dezvolta reactivitate crescută la stres la nivel fiziologic în mod deosebit la grupele care pe baza autoevaluării și a evaluării clinice au fost clasificate ca fiind caracterizate de distress manifest. Cu toate acestea, ne păstrăm rezerva în privința acestor efecte, fiind conștienți că, dacă eșantionul din studiul de față a fost potrivit pentru identificarea unui efect al iluziilor pozitive în asociere cu negarea defensivă, participanții fiind selectați pe baza a două scale de autoevaluare, dintr-o populație mare, mărimea eșantionului este totuși mică pentru a definitiva acest concluzii.

Dacă iluziile pozitive mențin afectivitatea negativă la nivel scăzut sau în mod contrar, dacă iluziile pozitive maschează în mod defensiv anxietatea sau depresia (sau alte emoții negative), atunci aceste emoții reprezintă canalul prin care întărirea imaginii de sine poate influența sistemul biologic. La întrebarea ce anume transformă convingerile pozitive în beneficii biologice, Taylor et al., (2003) presupun că reacțiile fiziologice sunt mediate de iluzii pozitive prin două căi: (1) prin resurse pozitive și buna dispoziție în general, (2) prin lipsa stresului psihologic și a emoțiilor negative. Rezultatele noastre suportă în mod parțial aceste ipoteze. Efectul iluziilor pozitive a fost ușor mediat de buna dispoziție (vigoare, energie) măsurat de POMS care indică o stare de moment, respectiv lipsa stresului emoțional. Aceeași regulă a fost adevărată pentru grupele SMR, DM și INC, însă în cazul grupei SMI, dispoziția emoțională nu a mediat efectul iluziilor pozitive. Acest rezultat se explică prin faptul că dispoziția emoțională a fost evaluată cu o scală de autoevaluare. Dacă se presupune că cei cu SMI distorsionează răspunsurile negând stresul, se explică faptul că dispoziția emoțională nu avea legătură cu reactivitatea (o măsură care nu implica procese conștiente, cel puțin în măsură mult mai mică).

Faptul că managementul impresiilor nu a avut efect mediator nu implică neapărat faptul că iluziile pozitive ale grupul SMI nu sunt generate sau legate de motivația de a decepționa percepția altora. Conform ipotezelor lui Shedler et al. (1993), una din caracteristicile principale ale celor cu SMI este dorința de a fi apreciat, aprobat și acceptat de alți. Acest rezultat poate fi explicat prin faptul că în timp ce autoamăgirea este considerată un proces involuntar și inconștient, managementul impresiilor este voluntar și conștient dar ambele pot îndeplini funcții de apărare în unele cazuri (Paulhus, 1991). Problema nu era magnitudinea iluziilor pozitive, ci faptul că cei defensivi au așteptări irealist de optimiste de la viață, iar atunci când ei primesc feedback negativ nu-și coboară așteptările de la sine, alții și viață nu pentru că discrepanța dintre sinele lor real și țelurile lor este foarte mică, ci pentru că ei neglijează informația feedback-

ului negativ în situația curentă. Este optimismul irealist „cu adevărat” adaptiv ? Rezultatele noastre sugerează că răspunsul este „nu”.

Nu este neglijabil, nici rezultatul potrivit căruia scorurile de distress obținute prin autoevaluare au avut o valoare predictivă mult mai mică decât scorul de distress obținut prin evaluare clinică (bazată pe amintiri timpurii, scheme cognitive disfuncționale timpurii). Vulnerabilitatea care decurge din experiențele negative ale copilăriei potrivit unor noi descoperiri de imagistică (MRI) pot fi detectate în creier în forma unor circuite neuronale „traumatizate”. Alte studii au adus dovezi că experiențele negative timpurii pot modifica nivelul de hormon de stres (CRH) în mod definitiv, indiferent dacă la maturitate persoana este sau nu expusă la stres crescut (Newport, Mletzko, Miller, Nemeroff, 2005). Aceste persoane, în situație de stres, eliberează cantități de cortizon produs de glandele suprarenale de 5-6 ori mai mare în raport cu volumul normal. Acest surplus ocazional de hormoni și nivelul crescut permanent al hormonilor din creier sunt de 2-3 ori mai frecvente la oamenii care relatează amintiri timpurii neplăcute și au în prezent o serie de probleme emoționale și somatice (Shea, Walsh, MacMillan, Steiner, 2008).

Cu toate că nici una din persoanele din eșantionul nostru nu a relatat amintiri șocant de traumatiche, aveau însă o vulnerabilitate asemănătoare, dar mai slabă, putând determina experiențele negative minore, dintr-un punct de vedere obiectiv, care însă erau trăite intens la nivel subiectiv. *Însă*, nu trebuie neapărat ca un copil să trăiască o experiență traumatizantă majoră, de genul unui abuz fizic, sexual etc., este suficient ca experiențele negative aparent mai nesemnificative dar persistente, cum ar fi atitudinea prea severă sau prea neglijentă a părinților față de el, nesiguranța, comunicarea ambiguă, divorțul părinților neprelucrat în mod potrivit etc., adunate la un loc să poată contribui la dezvoltarea unei vulnerabilități.

De pildă, în foarte multe amintiri negative, apare povestea de abandon minor (ca de exemplu, când părintele a lăsat copilul în tren și a coborât să cumpere apă, sau când mama nu a putut vizita copilul bolnav lăsat la spital). Aceste evenimente din punct de vedere obiectiv par să fie minore, pentru acel copil mic, la nivel subiectiv, pot fi trăite chiar traumatic. De exemplu, copilul lăsat în tren în grija unui străin, la nivel subiectiv a avut o trăire de groază de singurătate, frică, panică, fiindcă nu a înțeles ce se întâmplă. El avea impresia că trenul merge „până la sfârșitul lumii” (auzind din poveste) și că în trenul care o dată a pornit nu se mai poate urca. A făcut conexiune cu povestea, cele auzite și situația reală de viață, iar când trenul a pornit a trăit un șoc emoțional că își va pierde tatăl. A văzut străinul care încerca să-l țină să nu sară din tren în chip de monstru, care vrea să-l răpească, și a simțit o dezamăgire profundă față de tatăl, impresie care a persistat pe tot parcursul vacanței la mare. Nu a mai avut încredere în el nici atunci când a vrut să meargă să cumpere înghețată, trebuia să-l ia peste tot cu el. Până la urmă, esența amintirilor timpurii și în general a amintirilor autobiografice constă nu neapărat în evenimentele petrecute în sine ci, în felul cum aceste evenimente au fost trăite, iar apoi reconstruite. Prin reconstruire ele devin actuale. „Amintirea autobiografică înseamnă a trăi în prezent”- spunea Barclay și Smith (1998).

Jung (1932) a denumit-o „Umbră” partea reprimată și ascunsă a personalității care nu este trăită și este incompatibilă cu modul de viață ales, conștient de persoană. Din perspectiva lui Rogers (1977, *apud*. Rogers, 2006) persoanele care au avut prilejul în copilărie să-și construiască o imagine de sine pozitivă și să se accepte necondiționat (din cauză că nici părinții nu i-au acceptat necondiționat), la vârsta adultă, pentru a menține o imagine de sine pozitivă, încep să denatureze realitatea utilizând ca instrumente mecanismele de apărare.

Acest studiu atrage atenția asupra importanței evaluării clinice sau cel puțin cu metode mai puțin transparente și directe. Aceste persoane sunt defavorizate, și din motivul că SMI nu are simptomatologie, nu este introdusă de antecedente semnificative de tulburări clinice sau comportamentale, nu există criterii de diagnosticate bazate pe DSM IV, și ei nu cer ajutor tocmai din motivul că vor să pară sănătoși și bine adaptați. Întrucât utilizarea scalelor de autoevaluare este atât de generalizată în studiul psihologic, este dincolo de scopul acestui articol să explorăm implicațiile sănătății mentale iluzorii pentru toate domeniile în care poate avea importanță.

Studii viitoare ar trebui să urmărească pe termen lung, dacă această categorie de persoane manifestă un risc în susceptibilitatea la boală. Pulsul și tensiunea crescută provocate de stres afectează țesutul interior al arterelor provocând un proces ce va conduce la arteroscleroza ce se va manifesta în diferite boli ale inimii. Generalizarea rezultatelor cercetării este redusă de faptul că participanții au fost studenți tineri, majoritari de sex feminin. Suntem conștienți de faptul că variabilele din acest studiu ar fi putut fi analizate și la alte nivele și în alte relații însă acest lucru ar fi îngreunat interpretarea rezultatelor.

### 3.4.6. Concluzii

- Acest studiu se remarcă a fi unul dintre puținele cercetări care aduc probe psihofiziologice în favoarea beneficiilor iluziilor pozitive, indicând că acestea dețin rolul de factor protectiv în reducerea reactivității fiziologice în situație de stres indus. Acest studiu este unul dintre puținele care aduc dovezi psihofiziologice legate de consecințele care pot apărea în urma asocierii iluziilor pozitive cu negarea defensivă.
- În raport cu Studiile 1–3, un rezultat nou este acela că iluziile pozitive au urmat, în unele privințe, o relație curbilinară cu reactivitatea la stres. Am concluzionat că relația iluziilor pozitive cu sănătatea mentală se menține liniară doar atunci când în cursul auto-evaluării răspunsului este conștient îndreptat, dar nu și atunci când posibilitatea unei îndreptări conștiente este exclusă. Răspunsul la această întrebare necesită investigații suplimentare.
- Rezultate generale obținute în Studiului 4 sunt în concordanță cu studiile în cadrul cărora s-a argumentat că represia și supresia nevrotică a gândurilor și a emoțiilor negative se manifestă în reactivitatea autonomică.
- Dat fiindcă cei cu SMI au afișat modificări fiziologice mai accentuate în condiția de stres indus, acest fapt sprijină oarecum ipoteza că cei cu SMI posibil distorsionează răspunsurile pe scale de auto-evaluare.
- Aceste rezultate atrag atenția asupra faptului că iluziile pozitive acționează nu neapărat la toți în situații de stres ca și amortizori, așa cum a presupus Taylor et al. (2000). Se pare că atunci când iluziile pozitive se asociază cu un stil defensiv, ele își pierd rolul de amortizor. Desigur, pentru a definitiva aceste concluzii sunt necesare și alte studii.
- Aceste rezultate prezintă un interes crescut din perspectiva încercărilor de a delimita rolul iluziilor pozitive în psihopatologie. Chiar dacă iluziile pozitive nu indică o relație cauzală, este plauzibilă intervenția lor în menținerea „cercului vicios cognitiv” în care sunt prinse persoanele afectate de tulburări afective.



- Studiul prezent furnizează de asemenea dovezi în privința faptului că este mai adecvată utilizarea unor sarcini care implică evaluare socială directă. Acesta evidențiază mai bine diferențele la nivelul indicatorilor fiziologici în situație de stres indus între cei care neagă distresul psihic și cei care suferă de distres însă nu reprimă.

### 3.5. DISCUȚII FINALE.

#### INTEGRAREA PERSPECTIVE DE „ADAPTARE” CU PERSPECTIVA DE „APĂRARE”. DELIMITAREA ILUZIILOR POZITIVE FUNCȚIONALE DE CELE DISFUNCȚIONALE

Obiectivul lucrării a fost clarificarea funcției adaptative a iluziilor pozitive, explicarea rezultatelor contradictorii din literatură și integrarea celor două perspective contradictorii. Rezultatele obținute per ansamblul studiilor furnizează informații esențiale care permit integrarea celor două teorii. Similaritatea datelor obținute susțin argumentele noastre și anume că cele două perspective „Adaptare” versus „Apărare” reprezintă de fapt modalități diferite de evaluare ale aceluiași fenomen. Explicațiile referitoare la rezultate contradictorii obținute în literatură se regăsesc atât la nivel conceptual cât și metodologic între cele două paradigme pe care vom sintetiza în următoarele pagini.

Per ansamblu, ipoteza perspectivei de apărare conform căreia iluziile pozitive ar fi exclusiv caracteristice celor defensivi, narcisiști, vulnerabili și cu tendință de auto-amăgire a fost combătută în primul rând prin *frecvența* identificată la populația generală. Majoritatea celor evaluați cu instrumentele adaptate (92%), au apreciat că sunt mai deștepti, mai sinceri, mai amabili etc. și mai puțin iresponsabili, leneși decât media, respectiv că au șanse mai bune de a avea parte de evenimente pozitive (succes în carieră, succes în viața personală) și a evita evenimentele negative (boală, accident, divorț) în viitor. Aceste rezultate nu pot fi puse pe seama câtorva subiecți anxioși, defensivi sau dificili fiindcă eșantionul a fost unul foarte mare. Este imposibil ca toți să fie narcisiști, lăudăroși, egoiști și defensivi. Atunci când nu s-au luat în calcul mecanismele defensive, legătura dimensiunilor de resurse pozitive și stres a fost legată de autoîmbunătățire în mod linear în așa fel încât aceasta este prezisă de *teoria adaptării cognitive*. Astfel, persoanele caracterizate de un grad de iluzii pozitive mai crescute au fost mai puțin triste și anxioși, respectiv mai fericiți, satisfăcuți cu viața lor decât persoanele fără iluzii pozitive. În timp ce relația iluziilor pozitive cu dimensiunea de afectivitate a fost lineară, cu dimensiunea cognitivă a fost curbiliniară, rezultat care aduce suport ipotezei potrivit căreia iluziile pozitive moderate se asociază cu adaptarea psihică optimă. Rezultatele obținute prin ambele sarcini care evaluau anxietatea camuflată au pus în evidență o legătură cu iluzii pozitive în cazul celor cu sănătate mentală iluzorie.

#### 3.5.1. Integrarea contradicțiilor în baza rezultatelor pe plan metodologic și conceptual

Pe de o parte Taylor et al. au evaluat populația sănătoasă găsind că: (i) marea majoritate manifestă iluzii pozitive; respectiv că (ii) iluziile pozitive sunt pozitiv și linear asociate cu sănătatea mentală. Pe de altă parte Colvin et al. (1995), Shedler et al. (1993);

Robins și Beer (2001); Paulhus (1997) au evaluat populații vulnerabile și au găsit că iluziile pozitive sunt asociate negativ cu sănătate mentală.

Diferențele la nivelul datelor au rezultat din (i) utilizarea scalelor de autoevaluare atât la nivelul evaluării biasărilor pozitive cât și al sănătății mentale de către Taylor et al.; (ii) operaționalizarea sănătății mentale prin două modalități diferite.

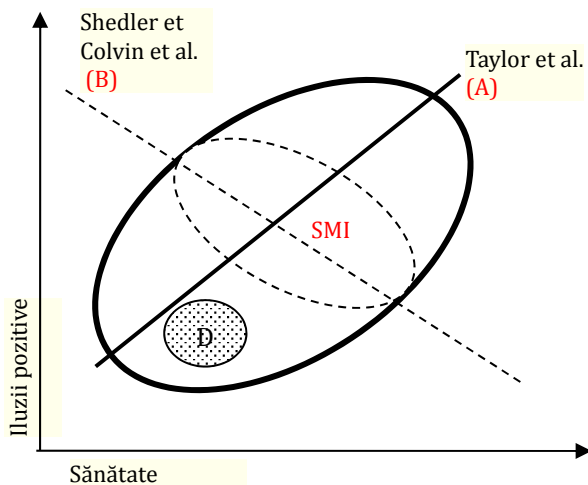
(i) Taylor et al. au utilizat scale de autoevaluare în evaluarea sănătății mentale omițând subpopulația identificată de Shedler et al. și Colvin et al. prin metode de evaluare clinice. Taylor et al. omit pe cei care, cu toate că nu manifestă tablou clinic și manifestă iluzii pozitive, ridicate în mod real suferă de stres psihic (persoanele identificate de noi în cadrul Studiului 2). Cu alte cuvinte, ei omit pe cei cu „iluzii pozitive disfuncționale”. Taylor et al. prin conceptualizarea lor de „boală mentală” identifică doar o subpopulație relativ restrânsă care alcătuiește aproximativ (8–9%) din populația evaluată, și anume pe cei cu depresie nonclinică (ușoară sau moderată) care nu manifestă iluzii pozitive și anxietate. Persoanele cu diverse tulburări, dar care corespund criteriilor de clasificare a „tulburării” de sănătate mentală iluzorie, nemanifestând un tablou clinic sunt clasificați de către ei drept „sănătoși mental”, „nonanxioși”, „nondepresivi” etc. Să ne reamintim că cei cu sănătate mentală iluzorie nu difereau de cei cu sănătate mentală reală în privința tabloului clinic. Ei nu prezintă simptome de depresie, anxietate, stres și par să aibă o stimă de sine bună. Taylor et al. într-adevăr obțin o corelație pozitivă între autoîmbunătățire și măsurătorile sănătății mentale lineare (linia de regresie A, Figura 20) așa cum am obținut și noi în cadrul Studiului 1. În cazul celor cu sănătate mentală reală, corelația este „adevărată” și nebiasată, însă în cazul grupei cu sănătate mentală iluzorie corelația este una fals pozitivă. Cu alte cuvinte, predictorul, contaminează variabila prezisă. Să ne reamintim că în cadrul Studiului 2, la cei din grupa cu sănătate mentală iluzorie, iluziile pozitive erau prezise de tendința de autoamăgire, management al impresiilor și scheme de sine timpurii disfuncționale.

(ii) Colvin, Block și Funder; Shedler et al. (1993); Robins și Beer (2001) utilizând metode clinice de evaluare a sănătății mentale (interviu clinic, teste proiective) identifică pe cei cu iluzii pozitive mărite, fără tablou clinic dar care prezintă stres camuflat, clasificându-i în categoria „neadaptată”. Ei obțin rezultate similare cu cele obținute și de noi în cadrul Studiului 2 potrivit cărora iluziile pozitive se asociază cu scheme cognitive disfuncționale, evitare, negare, stres. (linia de regresie B, Figura 20).

Acest lucru devine mai clar când observăm cum sănătatea mentală a fost operaționalizată. În timp ce Taylor et al. operaționalizează inadaptarea la nivel psihic printr-o categorie de probleme de sănătate mentală descrise în DSM IV: depresie, stima de sine scăzută, comportament dependent. O altă categorie de probleme se referă la tulburările de tip defensive, narcisiste. Analiza factorială a scalelor de tulburări mentale adeseori scoate în evidență două axe (Wiggins & Pincus, 1994). Factorul care explică partea preponderentă a varianței era factorul dependență/evitare în contrast cu factorul de tulburări narcisiste. Nu este neobișnuit ca persoanele narcisiste să prezinte autoîmbunătățire peste medie. Așadar, în timp ce Taylor et al. erau preocupați numai de un subgrup relativ restrâns caracterizat de tulburări de personalitate (cercul marcat cu D, Figura 20) Colvin et al. (1995) sau Shedler et al. (1993) erau interesați de corelația dintre sănătatea mentală și auto-îmbunătățirea imaginii de sine în loturi vulnerabile.

Asendorpf & Ostendorf (1998) prin studiul lor ajung la un rezultat asemănător, cu singura deosebire că ei au găsit mai mult suport perspectivei de „apărare” și nu-i identifică pe cei cu sănătate mentală iluzorie.

Figura 20 – O rezoluție între perspectiva tradițională „Apărare” și cea contemporană „Adaptare” referitor la relația iluziilor pozitive cu sănătatea mentală



Elipsa și linia de regresie reprezintă datele obținute de cele două perspective contradictorii referitoare la relația iluziilor pozitive cu sănătatea mentală. Shedler et al. (1993, 2003) *linia punctată*; Taylor et al. (1988, 2010) *linia solidă*. Cercul mic marcat cu (D) reprezintă subpopulația găsită de Taylor et al. cu *depresie ușoară și moderată*, care nu manifestă iluzii pozitive. *Elipsa mică* (SMI) îi reprezintă pe cei identificați de Shedler et al. (1993) cu *sănătate mentală iluzorie*. Taylor et al. (2003) i-au inclus pe aceștia în populația normală sănătoasă fiindcă ei manifestă iluzii pozitive. Evaluând sănătatea mentală cu scale de autoevaluare ei obțin o corelație pozitivă falsă contaminată de biasarea negativă (predictor).

O rezoluție privind cele două abordări ar putea fi realizat pe bază conceptuală. Parcurgând atent critica *teoriei adaptării cognitive* respectiv observând conceptualizarea cercetărilor putem vedea că în timp ce presupunerile perspectivei de „apărare” sunt derivate preponderent din conceptualizările fenomenologice și analitice respectiv din experiența cercetătorilor bazată pe cazuri cu tulburări clinice, iar presupunerile perspectivei de adaptare se bazează pe cercetări din psihologia cognitivă și socială, respectiv pe cazuri nonclinice. Teoriile social cognitive explică distorsiunile pozitive prin termenii resurselor cognitive alocate (memoria și atenția egocentrică, scheme de sine egocentrice), perspectiva de apărare bazată pe teorii analitice explică distorsiunile cognitive prin termeni emoționali. În perspectiva de adaptare, sursele distorsionărilor pozitive sunt determinate de: memoria, atenția selectivă și schemele de sine care se auto-întăresc. În perspectiva social cognitivă, memoria și atenția selectivă sunt de la sine înțelese drept însușiri universale. În aceeași timp, Colvin et al. și Shedler et al. vorbesc în primul rând de diferențe individuale. În perspectiva de apărare, sursa primară a biasărilor pozitive sunt mecanismele defensive apărute în urma distresului interior.

Diferența dintre autoîmbunătățirea imaginii de sine de nivel moderat și cea de nivel mărit este de asemenea utilă și importantă în înțelegerea unei diferențe (Asendorpf și Ostendorf, 1998) dintre abordările lui Taylor și Brown (1988) versus cele ale lui Shedler et al. (1993); Colvin Block și Funder (1995), Robins și Beer (2001); Paulhus (1997). În timp ce iluziile descrise de Taylor reprezintă decalaje mici de la realitate, un fenomen psihologic social mai general, mai cuprinzător, percepțiile distorsionate propuse de perspectiva de apărare se referă la distorsiuni mai masive care în literatură sunt etichetate ca și autoamăgire (self deception). În timp ce Taylor et al. în general utilizează metoda comparației directe (utilizate de altfel și de noi), susținătorii perspectivei de apărare consideră necesar utilizarea unei criterii externe (ex. Colvin & Block, 1994, Paulhus, 1997; Robins și Beer, 1994) identificând persoane cu biasări majore și nu moderate și ușoare cum au fost identificate de Taylor și Brown (1988). Taylor et al. (Taylor & Brown, 1988; Taylor & Armor, 1996; Taylor & Gollwitzer, 1995; Taylor & Armor, 2003) menționează în repetate rânduri că iluziile pozitive reprezintă realități subiective și nu realități obiective. Pentru ca cineva să se simtă bine, să fie fericit, să fie satisfăcut, nu contează mult ce cred alții despre el, atâta timp cât el crede despre el însuși că este deștept, are succes etc. Evident, discrepanțele mari între realitățile obiective și cele subiective pot deveni patologice, în special dacă ele nu se reduc nici în constrângerile realității.

În conformitate cu abordarea tradițională, autoamăgirea apare atunci când cineva deține în aceleași timp, două convingeri competente sau chiar contradictorii despre sine, iar una dintre ele este inconștientă (de exemplu, SACHEIM & Gur, 1979). În cazul iluziilor pozitive, după cum a fost sugerat nu există nici o dovadă că ar exista un alt nivel de conștiință. Iluziile pozitive descrise de Taylor și Brown (1988, 1994) sunt automate și se manifestă în mare parte în mod spontan și inconștient, dar ele devin accesibile proceselor conștiente îndată ce apar contradicții cu realitatea obiectivă. Pe de altă parte, diferite probleme de sănătate mentală pot fi legate de autoîmbunătățirea imaginii de sine în multiple feluri diferențiate. Studii viitoare ar trebui să compare autoîmbunătățirea imaginii de sine în cadrul diferitelor tipuri de probleme de sănătate mentală, fie din perspectiva tipului, fie dintr-o perspectivă dimensională (ex., tendința antisocială sau narcisistă versus tendința de dependență, evitare sau depresivă).

Un alt aspect important în împăcarea celor două concepții este interpretarea a ce anume înțelegem prin „rațional”, „irațional” și „iluzoriu”. În acord cu Ellis și Dryden (1997), „rațional înseamnă atitudinea care ajută oameni să-și atingă obiectivele, să se simtă bine, pe când irațional înseamnă atitudinea care ajută la atingerea obiectivelor și care nu cauzează disconfort emoțional.” Credințele iraționale sunt absolute, ilogice, neempirice, bazate pe argumente greșite (Bernard, 1995) și în principiu devalorizante la adresa eului. Adeseori ele iau forme absolutiste, dogmatice de „trebuie”, Ellis chiar preferând termenul de credință disfuncțională sau credință devalorizantă în loc de gând irațional (Ellis, 1995). Finalitatea terapiei cognitive o reprezintă schimbarea credințelor neadaptive, care împiedică persoana în realizarea obiectivelor și care provoacă suferință psihică, nu și a acelor cogniții raționale care sunt adaptive. Obiectivele terapiilor combinate și concepțiile de la care acestea pornesc pot fi îmbinate bine cu teoria „limitei optimă a iluziilor” conform căreia există o limită până unde acestea sunt adaptive și lucrează în beneficiul persoanei, în formele lor extreme ducând la procese iraționale caracterizate de distorsiuni negative sau pozitive ale gândirii. Formele ex-

treme ale iluziilor pozitive reflectă procese iraționale care pot interveni în mod negativ în dezvoltarea unei percepții de sine sănătoase și mature.

### 3.5.2. Delimitarea iluziilor pozitive funcționale de cele disfuncționale

Aspectul cel mai important de reținut din acest șir de studii este legat de aspectul dublu al iluziilor pozitive, subminând ideile extreme ale unor autori, conform cărora: iluziile pozitive sunt ori benefice ori maladaptative. Rezultatele noastre arată că iluziile pozitive conduc la „consecințe negative” doar în cazul când se asociază cu negare defensivă, scheme cognitive disfuncționale, fiind benefice în cazurile când nu se asociază cu vulnerabilitate și apărare defensivă.

Luarea în calcul a schemelor cognitive ne-a fost de folos în delimitarea iluziilor pozitive funcționale de cele disfuncționale. Evidențierea acestor particularități a fost utilă în vederea explicării rezultatelor contradictorii și a modelelor teoretice ale iluziilor pozitive referitoare la impactul asupra sănătății mentale.

Conform rezultatelor, la cei cu sănătate mentală iluzorie credințele iraționale pozitive, absolutist rigide, nevoia pentru aprobare și acceptare, perfecționismul, pretențiile legate de performanțe personale sunt mai caracteristice. Cauzele și circumstanțele apariției (formării) personalității cu inclinație spre sănătate mentală iluzorie cum ar fi atașamentul dezorganizat, experiențele negative timpurii legate de inacceptare, neînbucinare, formează un sol fertil dezvoltării unor scheme cognitive disfuncționale la vârsta adultă. Schemele cognitive disfuncționale timpurii apărute în urma unor experiențe negative în contact cu anumite evenimente critice de viață pot declanșa o serie de atitudini disfuncționale și gânduri automate conducând la mecanisme de coping disfuncționale închizând cercul vicios. Acest mecanism în cazul persoanelor defensive se complică, fiindcă nu e vorba doar de o simplă schemă vulnerabilă ci de o schemă conflictuală. Acestea asociindu-se cu o stimă de sine fragilă pot contribui la formarea unui stil defensiv. Pe de o parte, atitudinea disfuncțională de tip „trebuie să fiu perfect”, „alții trebuie să mă accepte” poate intra în conflict cu atitudinea față de sine „mă accept, mă iubesc” iar aceste contradicții pot provoca o tensiune suplimentară. Cu toate că nimeni nu formulează aceste așteptări și pretenții în mod spontan în aceste forme, pentru un expert de formare cognitiv comportamentală, dar și analitică, din multitudinea relațiilor pot fi derivate cu ușurință aceste credințe absolut rigide. Pretențiile și așteptările exagerate și rigide față de sine, schemele cognitive disfuncționale timpurii „sunt fără valoare”; „eu sunt de vină” convingerile false disfuncționale „nu pot să arăt slăbiciune, tristețe, vulnerabilitate, că asta înseamnă să fiu un ratat” pot contribui la formarea unor strategii de autoîmbunătățire disfuncționale. Schemele disfuncționale, convingerile iraționale, nevoia accentuată de a fi aprobat de alții pot genera acele iluzii pozitive false, în consecință „nesănătoase în situații stresante”.

Credințele formulate pozitiv, dar rigid „trebuie să fac totul perfect și este îngrozitor să greșești”; nevoia și pretenția de a fi perfect „trebuie să mă dovedesc totdeauna competent și plin de succes”; căutarea cu obstinație a aprobării din partea celorlalți „trebuie cu orice preț, totdeauna, să obțin dragoste și aprobare de la toate persoanele pe care le consider semnificative” - pot crea *iluzia superiorității* („sunt mai bun ca o persoană generală”). Pretenția că în viață lucrurile trebuie să se întâmple așa cum dorește persoana; convingerea că în viață scopurile propuse trebuie să fie atinse neapărat și că viața trebuie să fie palpitantă și plăcută - pot genera *iluzia controlului și iluzia optimistă* că viitorul va fi plin de evenimente pozitive și persoana va evita pe cele

negative. Acești factori la un loc sunt, de asemenea, buni candidați la formarea unei tensiuni interioare și nevoia de a o camufla. Pe de altă parte, sintagmele pozitiv formulate de tip: „sunt competent” „mă iubesc” pot fi conectate de emoții negative inconștiente ca rezultat al unor experiențe negative din trecut creând un conflict intern. Sintagma „sunt competent”, „mă iubesc” în zadar sună pozitiv, efectul este invers atâta timp cât se asociază inconștient cu experiențe negative la nivel subiectiv afectiv. Dacă cineva a primit puțină dragoste de la părinți, dacă părinții lui nu s-au iubit, dacă el a fost bun și competent doar când a dus note bune, aceste slogane în loc să provoace sentimente pozitive vor provoca tensiune.

Aceste scheme disfuncționale devin în plus încărcate de cerințele societății moderne. Atitudinea pozitivă și reprimarea emoțiilor este impusă de societatea modernă: „gândește pozitiv”, „iubește-te pe tine însuși” - auzim zi de zi. De pildă, următorul tip de sfat dat femeilor recent divorțate, citat dintr-o revistă renumită: „cel mai important lucru – chiar și dacă pare dificil – este de a păstra zâmbetul pe buze, chiar și atunci dacă simțim că lumea noastră s-a prăbușit, și toți ne sunt împotriva”. Aceste gen de ajutor din păcate nu va aduce remedierea problemei, csau chiar poate agrava. Cei care dețin convingerea greșită că a fi pozitiv înseamnă a nu arăta furie, tristețe, frustrare etc. și de a nu se afla în conflict cu alții, trebuie să depună probabil eforturi uriașe pentru a menține această armonie falsă cu ei înșiși și cu lumea. Aceste sentimente pot apărea din nou, în forme mai primitiv exprimate, și mai latente, de simptome fizice.

La cei sănătate mentală iluzorie, iluziile pozitive se leagă de autoamăgire și scheme cognitive disfuncționale, respectiv strategii de coping disfuncționale caracterizate de negare, evitare, pasivitate, care ulterior este posibil să conducă la mărirea distresului. În schimb, la cei caracterizați de sănătate mentală reală, iluziile pozitive se leagă de resurse pozitive, și prin dispoziția emoțională pozitivă prezic adoptarea unui stil de coping mai adaptativ, în consecință vor reuși să facă mai ușor față situațiilor dificile. O altă concluzie importantă a acestor studii este că nu nivelul mai ridicat de distres cauzează relaționarea iluziilor pozitive cu comportamente disfuncționale, ci reprimarea și negarea distresului.

Adoptarea strategiilor de *coping* funcționale/disfuncționale reprezintă un alt punct central care trebuia abordat la persoanele care prezintă/nu prezintă defensivitate. Cei cu SMI, în ciuda faptului că par „sănătoși”, pe scalele de autoevaluare aleg stiluri de coping disfuncționale (presupus încercând să facă față distresului interior), evită înfruntarea și rezolvarea problemelor negând existența lor, iar aceste comportamente sunt influențate de iluzii pozitive și autoamăgire. Schemele cognitive disfuncționale timpurii care stau la baza formării ansamblului de simptome caracteristice sănătății mentale iluzorii sunt un factor de vulnerabilitate pentru dezvoltarea problemelor emoționale și utilizarea unor strategii de *coping* disfuncționale/evitative/defensive. La cei cu sănătate mentală iluzorie, iluziile pozitive (fiind la rândul lor scheme cognitive), interacționând cu scheme cognitive timpurii disfuncționale (nevoia de acceptare, stimă de sine scăzută etc.), pot amplifica reacția negativă a acestora prin efectul lor de „lustru pozitiv”, contribuind indirect la camuflarea emoțiilor și a gândurilor negative în situații dificile (Figura 21).

Figura 21 – Profile de răspuns. Consecințele iluziilor pozitive în diferite condiții

|                 | Sănătate mentală reală   | Sănătate mentală iluzorie   | Distres manifest  | Cei care momentan trec printr-o criză emoțională   |
|-----------------|--|---|---|--|
| Iluzii pozitive | Scheme cognitive timpurii funcționale  | Scheme cognitive timpurii disfuncționale (experiențe negative timpurii, atașament dezorganizat, stimă de sine fragilă)  | Scheme cognitive timpurii disfuncționale (experiențe negative timpurii, atașament dezorganizat, stimă de sine fragilă)  | Scheme cognitive timpurii funcționale  |
|                 | Scheme cognitive funcționale flexibile   | Scheme cognitive disfuncționale (nevoie de aprobare, pretenții rigide față de sine, perfecționism).   | Scheme cognitive disfuncționale (dezapreciere, neîncredere)   | Scheme cognitive funcționale<br>Eveniment negativ  |
|                 | Emoții pozitive  | Lipsă emoții negative manifestate<br>Emoții negative latente  | Emoții negative (depresie, anxietate)   | Emoții negative (depresie, anxietate)  |
| Consecințe      | Generarea emoțiilor pozitive<br>Optimizarea sănătății mentale<br>Satisfacție cu viața<br>Autorealizare<br>Facilitarea adoptării unor strategii de coping funcționale | Strategii de coping disfuncționale, Evitarea confruntării, Negare, pasivitate.<br>Insatisfacție<br>Generarea emoțiilor negative latente.<br>Reactivitate crescută la nivel fiziologic<br>Anxietate latentă<br>Amplificarea simptomatologiei | Restructurarea schemei de sine pozitive, căutarea sensurilor<br>Reabilitarea emoțiilor pozitive<br>Facilitarea adoptării unor strategii de coping funcționale | Generarea emoțiilor pozitive<br>Facilitarea adoptării unor strategii de coping funcționale |

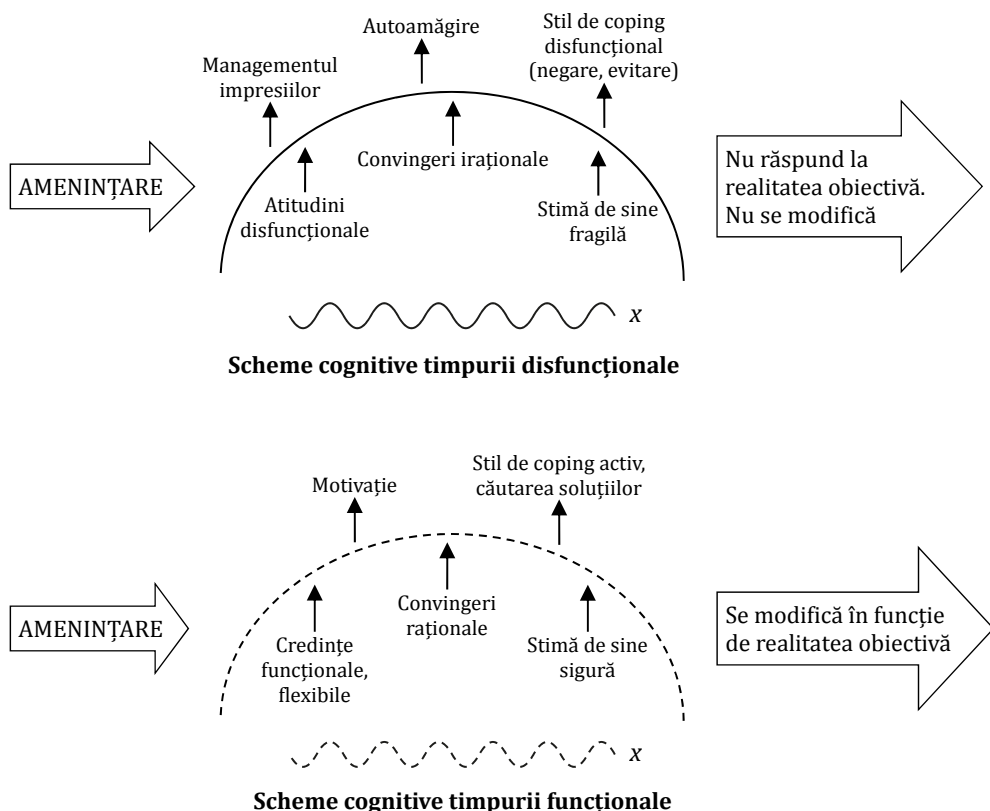
În concluzie, în timp ce la grupa cu sănătate mentală reală, relația iluziilor pozitive a urmat *patternul* găsit de perspectiva de adaptare și anume iluziile pozitive au fost asociate cu dimensiuni ale adaptării psihice (resurse pozitive, strategii de coping adaptative, scheme cognitive funcționale), la cei cu sănătate mentală iluzorie, *patternul* de răspuns a corsăpuns mai mult cu datele găsite de perspectiva de apărare și anume iluziile pozitive au fost asociate cu scheme cognitive disfuncționale – autoamăgire, managementul impresiilor și strategii de *coping* disfuncționale.

În lumina datelor obinute și a argumentelor noastre teoretice definim *iluziile pozitive funcționale* ca distorsionări ușoare ale realității subiective privind imaginea de sine, controlul perceput și imaginea de viitor care se asociază cu convingeri funcționale (timpurii și actuale) și ajută indivizii să își atingă obiectivele și să treacă de dificultăți prin adoptarea unor strategii de coping funcționale. Iluziile pozitive funcționale sunt flexibile și non-absolute, consecvente cu *realitatea* obiectivă, iar în caz de nevoie se pot modifica. Iluziile pozitive funcționale implică acceptarea trăirilor pozitive și negative și ajută la restructurarea imaginii de sine atunci când afectivitatea este negativă. În schimb, *iluziile pozitive disfuncționale* sunt distorsionări pozitive ale realității subiective, care se asociază cu scheme cognitive disfuncționale (timpurii și actuale) și auto-amăgire în paralel cu negarea stărilor negative, creând un obstacol în atingerea obiectivelor. Iluziile pozitive disfuncționale sunt absolute și dogmatice, inconsecvente cu realitatea obiectivă și nu se modifică în funcție de faptele exterioare și/sau interioare.

O distincție esențială pusă în evidență de date între iluzii pozitive funcționale și disfuncționale constă în flexibilitatea lor de a reacționa în funcție de constrângerile

realității. Taylor & Brown (1994a), Taylor și Armor (1996) spun că, corectitudinea relativă poate fi suficientă pentru a utiliza eficient feedbackul într-un mediu. Iluziile pozitive sunt menținute în limite modeste prin feedback social. Nivele extreme de iluzii pozitive pot reflecta, printre altele, o incapacitate sau lipsă de dorință de a folosi feedbackul social. Pot exista momente când oamenii sunt mai sinceri cu ei înșiși, când recunosc și acceptă feedbackul negativ. Iluziile pozitive sunt mai evidente atunci când în prim plan este funcția de a inspira și motiva (în faza de implementare, setare a obiectivelor), dar ies mai puțin în evidență atunci când pot fi verificate ușor, sau combătute direct prin feedback-ul situațiilor specifice (faza de deliberare, când decizi importante sunt luate) Taylor și Gollwitzer (1995). Funcția iluziilor pozitive depinde și de funcționalitatea schemelor cognitive cu care se asociază, respectiv de prezența/lipsa nevoii de reprimare a emoțiilor și gândurilor negative. Din această nouă perspectivă, iluziile pozitive pot fi privite ca un scut sub care se pot ascunde diferite nevoi. În funcție de aceste nevoi, iluziile pot fi protectoare și pot deveni un obstacol în calea învingerii problemelor (Figura 22).

Figura 22 –Diferențe între iluzii pozitive funcționale și cele disfuncționale evidențiate de rezultatele obținute în cadrul studiilor 2, 3 și 4.



*Iluziile pozitive reprezentate de o formă de umbrelă. În această idee, efectul lor va depinde de acele „motive” (scheme cognitive actuale și timpurii, personalitate) care stau în umbră; respectiv de flexibilitatea (permeabilitatea) lor (reprezentat de linie solidă/întreruptă).*



În timp ce iluziile pozitive adaptative motivează persoana în atingerea scopurilor, dau energia și speranța (chiar și atunci când realitatea obiectivă spune că ele nu sunt de atins) în mod paralel atrag atenția persoanei că există ceva care blochează atingerea scopurilor sale, fără să imobilizeze individul, îndemnând la încercări noi. Iluziile pozitive absolutistice pot asigura chiar și pentru timp mai îndelungat o stare lipsită de tensiune cu toate acestea, complacerea nejustificată devine un obstacol în calea luării unor măsuri pentru a remedia situația. Aceste iluzii pozitive dezadaptative în această formă, evident sunt sortite eșecului. Așteptările pozitive nu se adevăresc totdeauna, nu totdeauna devin realitate, iar dacă nu sunt flexibile devin sursele unor frustrări inepuizabile care ulterior pot duce la pauperizarea relațiilor sociale.

Presupus iluziile pozitive funcționale sunt caracterizate de o conștiință dublă. Informația „reală”, obiectivă și precisă este acolo și este accesibilă, iar în caz de „nevoie” putem să și apelăm la ea. În cazul iluziilor pozitive disfuncționale, informația reală nu este accesibilă. Persoana este convinsă de iluzie și nu poate vedea realitatea nici în acele cazuri în care ar fi nevoie pentru a se adapta mai bine la diverse situații. Oamenii cu iluzii pozitive sănătoase au un spirit elastic, nu rămân cantonați în problemele lor ci încearcă să le rezolve, după ce le întorc pe toate fețele. Ei înțeleg că, în cele mai multe situații de criza, soluțiile vin din interior, din modul de percepție a lucrurilor, de ceea ce ei consideră că este prioritar și cu adevărat important. Autorealizarea care are doar scopuri strict individuale și personale nu duce la fericire pe termen lung, ci tocmai la goliciune sufletească latentă, nevroză. De asemenea, iluziile pozitive care au doar scopuri personale care produc fantezii de omnipotență, accentuându-se forțele interioare ale omului pe termen lung nu duc la împlinire și realizare.

### 3.6. IMPLICAȚIILE REZULTATELOR

În lumina rezultatelor obținute, iluziile pozitive merită atenție atât în prevenție și psihoterapie cât și ca un mijloc de îmbunătățire a calității vieții. Aplicabilitatea practică a studiului constă în identificarea sistemului de convingeri pozitive care permit conturarea unor programe de prevenție sau combatere a convingerilor disfuncționale prin tehnici cognitive sau antrenamente de dobândire a unor abilitați de coping, cu scopul de a preveni disfuncțiile și tulburările de adaptare.

Datele de cercetare indică faptul că în cazul subiecților sănătoși și în cazul celor cu depresie sau anxietate manifestă iluziile pozitive funcționează ca amortizoare în reducerea stresului și optimizarea sănătății mentale. Așadar, iluziile pozitive pot fi utile în cazul persoanelor cu depresie ușoară, și cei trec printr-o criză emoțională.

În cazul indivizilor care nu suferă de tulburări emoționale, restructurarea cognitivă poate apărea în mod natural ca urmare a procesului de dezvăluire/exprimare. Acest lucru este desigur dificil de realizat la cei cu depresie, o dată din cauza faptului că, schemele de sine negative deja existente atrag informații negative care le întăresc, pe e altă parte evaluările negative despre sine sunt puternic legate între ele și ușor accesibile (Beck et al. 2000). Să nu uităm, că la pacienții cu tulburare depresivă am găsit că acele aspecte „pozitive” prin care ei arată iluzii pozitive apar ca „slăbiciuni” în loc să apară ca și resurse. De exemplu „amabilitatea”, „empatia”, „spiritualitatea” în loc să fie percepute ca și capacități pozitive, sunt evaluate înconștient ca și slăbiciuni care măresc vulnerabilitatea acestor indivizi. Focalizarea pe transformarea acelor trăsături comportamentale, prin care aceștia arată iluzii pozitive, în resurse care să îi ajute să se

deosebească de oamenii de rând și transformarea acestor aspecte din slăbiciuni în resurse poate fi de asemenea inclusă în terapia persoanelor cu depresie. Lucrarea de față aduce noutate prin studiul relației iluziilor pozitive cu dimensiunea de adaptare cognitivă, îmbogățind cunoștințe științifice privind relaționarea iluziilor pozitive cu scheme cognitive disfuncționale/funcționale, respectiv influențele pe care schemele cognitive timpurii le exercită asupra iluziilor pozitive. Rezultatele prezentate aici reprezintă o dovadă că măsurătorile de autoevaluare atunci când sunt utilizate fără suportul altor metode de evaluare nu pot fi totdeauna de încredere. Studiile prezente atrag atenția asupra necesității evaluării clinice și/sau a introducerii metodelor indirecte (proiective) de măsurare atunci când lucrăm cu populație vulnerabilă.

Întărirea iluziilor pozitive în schimb, nu este recomandată celor cu sănătate mentală iluzorie. Pentru ei se recomandă trainingurile asertive care le-ar da o cunoaștere de sine cuprinzătoare și le-ar facilita autodeterminarea. Destăinuirea și acceptarea propriei persoane la această categorie ar putea duce la scăderea represiei și la beneficii durabile în plan psihologic. Reducerea eforturilor de supresie are efecte benefice, ducând la ameliorarea manifestărilor paradoxale. Prin urmare, conștientizarea și acceptarea pot reprezenta strategii alternative ale supresiei (și ale evitării). Studiile prezentate aici propun o nouă contribuție în vederea clarificării rolului iluziilor pozitive în asociere cu mecanismele de apărare și sănătate mentală iluzorie. Rezultatele obținute contribuie la înțelegerea implicării gândirii pozitive în tulburările emoționale și a bolilor psihosomatice.

Studiul 4 se remarcă a fi unul dintre puținele cercetări care aduc probe psihofiziologice în favoarea beneficiilor iluziilor pozitive, indicând clar că acestea dețin rolul de factor protectiv în reducerea reactivității fiziologice în situație de stres indus. Rezultatele noastre referitoare la asocierea iluziilor pozitive cu reacții fiziologice la stres furnizează o legătură cheie în lanțul ipotezelor. Iluziile pozitive pot fi legate de nivelul de bază al sistemului nervos autonom sau de autonomia legată de stres și regularizarea axei HPA în moduri ce au implicații pentru sănătate și pot determina acest lucru, cel puțin parțial, prin mobilizarea resurselor psihologice. Studii viitoare ar trebui să investigheze acele căi prin care sunt mediate astfel de efecte.

Pe baza rezultatelor s-a propus un model integrativ care încorporează aspecte contradictorii, stabilite între teoriile tradiționale și cele contemporane privind rolul iluziilor pozitive în sănătatea mentală. Pe plan teoretic, rezultatele studiilor contribuie la clarificarea înțelegerii fenomenului, la nuanțarea mai profundă a constructului de iluzie pozitivă, respectiv a rolului jucat de acesta în sănătatea mentală și starea de bine. În baza acestor date se pot formula scopuri terapeutice mai bine definite, și mai eficiente, privind tratarea depresiei și abordarea sănătății mentale iluzorii. Credem că iluziile pozitive merită atenție și din partea psihoterapeuților cu orientare integrativă și pozitivă atâta timp cât se dovedesc a avea un impact asupra îmbunătățirii calității vieții, a satisfacției cu viața, prin faptul că sunt legate de capacitatea oamenilor de a face față situațiilor de criză, de a rezista și dezvolta strategii de coping funcționale.



## CONCLUZII FINALE

Cu toate că, curentul de gândire pozitivă este puternic înclinat spre dihotomia simplistă „gândirea pozitivă are consecințe pozitive, gândirea negativă are consecințe negative”, pe baza acestei lucrări trebuie să respingem această ipoteză. A deține iluzii pozitive despre sine, poate fi o sabie cu două tăișuri: dacă lipsesc, viața devine cenușie, monotună, sau amenințătoare, în schimb dacă sunt nutrite în mod exagerat sau necorespunzător pot fi însoțite de o serie de probleme psihologice și fiziologice. Datele demonstrează că nu putem opri suișul și coborâșul sentimentelor noastre. Emoțiile de bază nu sunt lipsite de însemnătate, nu dispar sub scutul gândirii pozitive, iar cine încearcă să le reprime, sfârșește prin a le deconta. Așa cum o casă nu se clădește pe teren instabil existând riscul să se prăbușească, o percepție pozitivă despre sine nu se poate clădi pe scheme de sine vulnerabile, fără tratarea prealabilă a problemei reale. Schimbarea în bine se produce dacă gândirea pozitivă este urmată de trăiri pozitive pe plan emoțional, cu altă cuvinte emoțiile trebuie să fie în armonie cu modul de a gândii.

Ceea ce separă o iluzie benefică de una dăunătoare sunt ponderația, dar mai important acele scheme cognitive ce se află dedesupt, respectiv flexibilitatea lor de a se modifica în constrângerile realității. Nu neapărat nivelul de distorsionare pozitivă a evaluării de sine este cel care determină dacă iluzia este legată de consecințele sale, ci, dimpotrivă, consecințele sunt legate de motivația din spatele iluziilor pozitive. În timp ce deziluziile ca grandomania persistă în pofida faptelor, iluziile pozitive adaptative, dacă intră în contradicție cu realitatea, se modifică prin restructurare, în funcție de cerințele contextului dat. Atitudinea pozitivă, convingerile pozitive nu înseamnă optimism naiv, superficialitate și evitare în abordarea problemelor, nici indiferență. Iluziile pozitive funcționale înseamnă a conștientiza problemele, dar și a detecta soluțiile, a recunoaște dificultățile, a constata părțile negative, accentuându-le însă pe cele pozitive. Atitudinea pozitivă funcționează fiindcă persoanele cu sănătate mentală reală trăiesc emoții pozitive reale, dețin avantaje de procesare a informației și adoptă cu mai mare probabilitate strategii de coping funcționale.



## BIBLIOGRAFIE

- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 857–882.
- Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1979). Judgment of contingency in depressed and non-depressed students: Sadder but wiser? *Journal of Experimental Psychology*, 108, 441–485.
- Alloy, L. B., & Clements, C. M. (1996). Illusion of Control: Invulnerability of Negative Affect and Depressive Symptoms after Laboratory and Natural Stressors, *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 234–245.
- Allport, G. W. (1985). *A személyiség alakulása*. Gondolat, Budapest. (prima apariție:1943).
- APA,American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revision. DSM-IVTR* (4th. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA, American Psychiatric Association (2009) www.apa.org, (2009). (Comunicat de presă) - Al doilea congres de Psihologie Pozitivă.
- Anderson, C. P., Ames, D. R., & Gosling, S. D. (2008). Punishing hubris: The perils of status self-enhancement in teams and organizations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 90–101.
- Anderson, J., & Bower, G. (1973). *Human Associative Memory*. Washington, DC: Winston.
- Asendorpf, J. B., & Ostendorf, F. (1998). Is self-enhancement healthy? Conceptual, psychometric, and empirical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 955–966.
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417–436.
- Baldwin, M. W., & Sinclair, L. (1996). Self-esteem and “if ... then” contingencies of interpersonal acceptance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1130–1141.
- Bandura, A. (1977). Theory of social learning. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman & Co.
- Barclay, C. R., & Smith T. S. (1998). Önéletrajzi emlékezés: a személyes kultúra megteremtése. *Tudomány és Lélek*, 2, 33–59.
- Barger, S. D., Kircher, J. C., & Croyle, R. T. (1997). The effects of social context and defensiveness on the responses of repressive copers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1118–1128.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–1182.
- Battista, J., & Almond, R. (1973). The development of meaning in life. *Psychiatry*, 36, 409–427.
- Baumeister, R. F. (1989). The optimal margin of illusion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 176–189.

- Baumeister, R. F., & Keneth, C. J. (1992) Repression and Self Presentation: when audience interfere with self deceptive strategies, *Journal of Personality and social Psychology*, 62 (5), 851–862.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979/2000): *A depresszió kognitív terápiája*. Animula, Budapest.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). Beck Depression Inventory In F. D. Perczel, Zs. Kiss, & Gy. Ajtay (Eds.) (2001). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: OPNI.
- Beck, A. T., Beck, R. W. (1972) *Shortened version of BDI*. In Post. Grad. Med. 52, 81–85.
- Becker, E. S., Rinck, M., Magraf, J., & Roth, W. T. (2001). The emotional Stroop effect in anxiety disorders—general emotionality or disorder specificity? *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 147–159.
- Bedi, G., Brown, S. L. (2005). Optimism, coping style and emotional well-being in cardiac patients. *British Journal of Health Psychology*, 10(1), 57–70.
- Benassi, V. A., Mahler, H. M. (1985). Contingency judgments by depressed college students: Sadder but not always wiser. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1323–1329.
- Bernard, M. (1995). It's time for Rational Emotive Behavior Therapy: Current theory and practice, research recommendations, and predictions. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 13, 9–27.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1984b). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877–891.
- Bisschop, M. I., Knegsman, D. M. W., Beekman, A. T. F., & Deeg, D. J. H. (2004). Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Social Science and Medicine*, 59, 721–733.
- Bonanno, G. A., Field, N. P., Kovacevic, A., & Kaltman, S. (2002). Self-enhancement as a buffer against extreme adversity: Civil war in Bosnia and traumatic loss in the United States. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 184–196.
- Boyd-Wilson, McClure, B. M., & Frank H. (2004). Are wellbeing and illusory perceptions linked? The answer may be yes, but... *Australian Journal of Psychology*, 56(1). 1–9.
- Brehm, S. S., Kassin, S. M., & Fein, S. (2005). *Social psychology* (6th ed.). Boston, MA: Houghton Mifflin Company.
- Brendgen, M., & Vitaro, F. (2004). Is There a Dark Side of Positive Illusions? Overestimation of Social Competence and Subsequent Adjustment in Aggressive and Nonaggressive Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 32 (3) 305–321.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experiences. A reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113, 82–98.
- Brickman, P., Coates, D., Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 917–927.
- Brown, J. D. & Kobayashi, C. (2003). Introduction: Culture and the Self-Enhancement Bias. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 34, 492–495.

- Brown, J. D. (1986). Evaluations of self and others: Self-enhancement biases in social judgments. *Social Cognition*, 4, 353–376.
- Brown, J. D. (2003). The self-enhancement motive in collectivistic cultures: The rumors of my death have been greatly exaggerated. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 34, 603–605.
- Brown, J. D. (2007). *Positive illusions*. In R. Baumeister & K. Vohs (Eds.), *Encyclopedia of social psychology* (615–617). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Brown, J. D. (2009). *Self-enhancement*. In D. Matsumoto (Ed). *Cambridge dictionary of psychology* (470–473). New York: Cambridge.
- Brown, J. D. (2010). Positive illusions and positive collusions: How social life abets self-enhancing beliefs. *Brain and Behavioral Sciences*, 32, 514–515.
- Brown, J. D., & Cai, H. (2009). Self-esteem and trait importance moderate cultural differences in self-evaluations. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 41, 116–122.
- Brown, J. D., & Kobayashi, C. (2002). Self-enhancement in Japan and America. *Asian Journal of Social Psychology*, 5, 145–168.
- Brown, J. D., Cai, H., Oakes, M. A., & Deng, C. (2009). Cultural similarities in self-esteem functioning: East is East and West is West, but sometimes the twain do meet. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 40, 140–157.
- Brown, J. D., & Dutton, K. A. (1995). The thrill of victory, the complexity of defeat: Self-esteem and people's emotional reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 712–722.
- Carlson, M. S. (1992). *Positive illusions or adaptation? A comparison of two theories of self-assessment*. University of Michigan press, Michigan, WI.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. K. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679–704.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267–283.
- Chamberlain, K., & Zika, S., (1988). Religiosity, Life Meaning and and well-being: Some relationships in a sample of women. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 31 (2), 169–174.
- Clarke, V. A., Lovegrove, H., Williams, A. & Macpherson, M. (2000). Unrealistic optimism and the health belief model. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 367–376.
- Cohen, H., & Benjamin, J. (2006). Power spectrum analysis and cardiovascular morbidity in anxiety disorders. *Autonomic Neuroscience*, 128, 1–8.
- Cohen, S. & Herbert, T. B. (1996). Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113–142.
- Colvin, C. R., Block, J. & Funder, D. C. (1995). Overly positive self evaluation and personality: negative implication to mental health. *Journal of Personality and Social psychology*, 68, 1152–1162.
- Colvin, C., & Block, J. (1994). Positive illusions and well-being revisited: Separating fiction from fact. *Psychological Bulletin*, 116, 28–32.
- Cougle, J. R., Smits, J. A., Lee, H. G., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2005). Singular and combined effects of thought suppression and anxiety induction on frequency of threatening thoughts: An experimental investigation. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 525–539.



- Cousineau, T. M., & Shedler, J. (2006). Predicting physical health: implicit mental health measures versus self-report scales. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(6), 427–432.
- Coyne, J. C., & Gottlieb, B. H. (1996). The Mismeasure of Coping by Checklist. *Journal of Personality*, 64, 959–991.
- Cramer, P. (1991a). The development of defense mechanism: *Theory, research and assessment*. New York: Springer-Verlag.
- Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. *American Psychologist*, 55, 637–646.
- Cramer, P. (2003). Defense Mechanisms and Physiological Reactivity to Stress. *Journal of Personality* 71 (2), 221–244.
- Crocker, J., Olivier, M.-A., & Nuer, N. (2009). Self-image goals and compassionate goals: Costs and benefits. *Self and Identity*, 8, 251–269.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. A. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349–354.
- Crowne, D. P., & Marlowe, O. (1964). The Approval Motive: Studies In Evaluative Dependence. New York: Wiley, 1964. Edwards, A. L. *Statistical Methods*. New York: Holt.
- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1969). *Manual of instructions for the Purpose in Life test*. Munster: Psychometric Affiliates.
- Császár Gy. & Juhász E. (1992). *A pszichoszomatikus és neurotikus betegségszerveződés komplex utámkövetéses vizsgálata*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Cummins, R. A., & Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction: The role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies*, 3, 37–69.
- Cutrona, C. E., Russell, D., & Rose, J. (1986). Social support and adaptation to stress by the elderly. *Psychology and Aging*, 1, 47–54.
- Czapinski, J., & Peeters, G. (1991c). The Onion Theory of happiness: Basic concepts and cross-cultural test. In N. Bleichrot & P. J. D. Drenth (EAS.), *Contemporary issues in Cross-Cultural Psychology* (196–216). Amsterdam, Swets and Zeitlinger B.V.
- David, 2007
- David, D. (2003). *Castele de nisip*. Bucuresti, Editura Tritonic
- David, D. (2006). *Metodologia cercetarii clinice. Fundamente*. Iasi, Editura Polirom
- Davis, P. J., & Schwartz, G. E. (1987). Repression and the inaccessibility of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 155–162.
- Dawson, M. E., Schell, A. M., & Fillion, D. L. (1990). The electrodermal system In J. T. Cacioppo, & L. G. Tassinary (Eds.). *Principles of psychophysiology*. New York: Cambridge University Press.
- Debats, D. L., Van der Lubbe, P. M., & Wezeman, F. R. A. (1993). On the Psychometric Properties of the Life Regard Index (LRI): A measure of meaningful life.. *Personality and Individual Differences*, 14, 337–345.
- Diener, E., Diener, M., (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 851–864
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffen, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–77.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being. *Annual Review of Psychology*, 54, 403–425.

- DiGiuseppe, R., Leaf, R., Exner, T., & Robin, M. V. (1988). The development of a measure of rational/irrational thinking. *Paper presented at the World Congress of Behavior Therapy, Edinburgh, Scotland.*
- DiGiuseppe, R., Robin, M. W., Leaf, R. & Gormon, B. (1989). A discriminative validation and factor analysis of a measure of rational /irrational beliefs. *Paper presented at the World Congress of Cognitive Therapy, Oxford, UK.*
- Dillard, A. J., Midboe, A. M., & Klein, W. M. P. (2009). The dark side of optimism: Unrealistic optimism about problems with alcohol predicts subsequent negative event experiences. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 5, 1540–1550.
- DiLorenzo, T. A. , Bovbjerg, D. H., Montgomery, G., Valdimarsdottir, H. B. (1999). An evaluation of the reliability and generalizability of a shortened version of the profile of mood states. *British Journal of Health Psychology* 4, 315–325.
- Downey, G., Freitas, A. L., Michaelis, B., & Khouri, H. (1998). The self-fulfilling prophecy in close relationships: Rejection sensitivity and rejection by romantic partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 545–560.
- Dunkley, D. M., & Blankstein, K. R. (2000). Self-critical perfectionism, coping, hassles and current distress: a structural equation modeling approach. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 713–730.
- Dweck, C. S. (1990). Self theories and goals: Their role in motivation, personality, and development. *Nebraska Symposium on Motivation*, 38, 199–235.
- Eisenberger, N. I., Taylor, S. E., Gable, S. L., Hilmert, C. J., & Lieberman, M. D. (2007). Neural pathways link social support to attenuated neuroendocrine stress responses. *NeuroImage*, 35, 1601–1612.
- Ekman, P., & Friesen, W. (1976). *Pictures of facial affect*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart. Revised (1994, version).
- Ellis, A. (1977) *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. NY: Springer Publishing.
- Ellis, A. (1995). Thinking processes involved in irrational beliefs and their disturbed consequences. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9, 105–116.
- Ellis, A. (2001). *Overcoming Destructive Beliefs, Feelings, and Behaviors: New Directions for Rational Emotive Behavior Therapy*. NJ: Prometheus Books.
- Ellis, A. (2003). Similarities and differences between Rational Emotive Behavior Therapy and Cognitive Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17 (3), 225–240.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1997). *The practice of rational emotive behavior therapy* (2nd ed.). New York: Springer.
- Epstein, S., & Meier, P. (1989). Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(2), 332–350.
- Erdelyi, M. H. (2001). Defense processes can be conscious or unconscious. *American Psychologist*, 56, 761–762.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.
- Eysenck, H. J., & Matolcsi, A. (1984). Az Eysenck féle Személyiség kérdőív (EPQ) magyar változata: A magyar és az angol felnőttek összehasonlító vizsgálata, *Pszichológia*, 2(4), 231–240.
- Eysenck, H. J., Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionary*. Hodder and Stoughton Ltd. London.
- Faure, S., & Loxton, H. (2003). Anxiety, depression and self-efficacy levels of women undergoing first trimester abortion. *South African Journal of Psychology*, 33, 28–38.

- Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (2008). *Social Cognition: From Brains to Culture*. (1st ed.). New York: McGraw-Hill.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985) "If It Changes, It Must Be A Process; Study Of Emotion And Coping, During three stage of college examination", *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150–170.
- Fontana, A., & McLaughlin, M. (1998). Coping and appraisal of daily stressors predict heart rate and blood pressure levels in young women. *Behavioral Medicine*, 24, 5–16.
- Fowers, B. J., & Veingrad, M. R. Dominicis, C. (2002). The unbearable lightness of positive illusions: Engaged individuals' explanations of unrealistically positive relationship perceptions. *Journal of Marriage and Family*. 64, (2), 450.
- Fowers, B. J., Lyons, E., Montel, K. H., & Shaked, N. (2001). Positive illusions about marriage among married and single individuals. *Journal of Marriage and the Family*, 47, 653–661.
- Fowles, D. C. (1980). The three arousal model: Implication of Gray's two-factor learning theory for heart rate, electrodermal activity and psychopathy. *Psychophysiology*, 17, 87–104.
- Freud, S. (1899). Screen memories. In J. Strachey (Ed.) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, (3 th ed.). London: The Hogarth Press, 1962.
- Freud, S. (1940) *A pszichoanalízis foglalatja*. In: Esszék. Budapest: Gondolat, (1982), 407–474.
- Freud, S. (1986). *Bevezetés a pszichoanalízisbe* (2nd ed, 1932). Gondolat, Budapest.
- Fromm, E. (1955). *The sane society*. New York: Rinehart.
- Furnham, A. (2003). Belief in a just world: research progress over the past decade. *Personality and Individual Differences*, 34, 795–817.
- Gana, K., Alaphilippe, D. & Bailly, N. (2004). Positive illusions and mental and physical health in later life. *Aging & Mental Health*, 8(1), 58–64.
- Gosling, S. D., John, O. P., Craik, K. H., & Robins, R. W. (1998). Do people know how they behave? Self-reported act frequencies compared to on-line codings by observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1337–1349.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*, Harvard University Press.
- Greenwald, A. G., & Breckler, S. J. (1985). To whom is the self presented? In B. Schlenker (Ed.), *The self and social life* (126–145). New York: McGraw-Hill.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology* 106, 95–103.
- Gusnard, D. A., Akbudak, E., Shulman, G. L., & Raichie, M. E. (2001). Medial prefrontal cortex and self referential mental activity: Relation to default mode of brain function, *PNAS*, 98 (7), 4259–4264.
- Herbert, T. B. & Cohen S., (1993) Depression and immunity: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 113, 472–486.
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2002). Social phobia (social anxiety disorder). In D. Barlow (Ed.), *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic disorder* (2nd ed., 454–476). New York, NY: Guilford Press.
- Hollon, S., & Kendall, P. C. The Automatic Thought Questionnaire. In. David D. (ed) (2007) *Scale de evaluare clinică*, Cluj-Napoca, Editura RTS.

- Hoorens, V. (1995). Self-favoring biases, self-presentation, and the self – other asymmetry in social comparison. *Journal of Personality*, 63, 793–817.
- Hourihaan, K. L., & MacLeod, C. M. (2007). Capturing conceptual implicit memory: The time it takes to produce an association. *Memory & Cognition*, 35, 1187–1196.
- Hughes, C. F., Uhlmann, C., & Pennebaker, J. W. (1994). The body's response to processing emotional trauma: Linking verbal text with autonomic activity. *Journal of Personality*, 62, 565–585.
- Iliescu, D., & Pitariu, H. D. (2007). *State Trait Anxiety Inventory*, DND Consulting, Bucuresti.
- Inglehart, R., & Klingemann, H-D. (2000). *Genes, Culture and Happiness*, MIT Press. NY.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Jamner, L. D., Shapiro, D., Goldstein, I. B., & Hug, Rozanne (1991). Ambulatory blood pressure and heart rate in paramedics: Effects of cynical hostility and defensiveness. *Psychosomatic Medicine*, 53, 393–406.
- Janoff-Bulman, R. (1989). The benefits of illusion, the threat of disillusionment, and the limitation of inaccuracy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 158–175.
- Janoff-Bulman, R., & Frieze, I. H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39, 1–17.
- John, O. P., & Robins, R. W. (1994). Accuracy and bias in self-perception: Individual differences in self-enhancement and the role of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 206–219.
- John, Q. P., & Robins, R. W. (1997). Accuracy and bias in self-perception: The role of individual differences in self-enhancement and narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 209–219.
- Johnson, E. A., Vincent, N., & Ross, L. (1997). Self-deception versus self-esteem in buffering the negative effects of failure. *Journal of Research in Personality*, 31(3), 385–405.
- Jourard, S. M., & Landsman, T. (1980). *Healthy personality: An approach from the viewpoint of humanistic psychology* (4th ed.). New York: Macmillan.
- Kapplan, T. R., & Ruffle, B. J. (2004). The self serving bias about rationality, *Economic Inquiry*, 42 (2), 237–245.
- Kashdan, T. B., & Roberts, J. E. (2004). Social anxiety's impact on affect, curiosity, and social self-efficacy during a high self-focus social threat situation. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 119–141.
- Keller, A. P., Lipkus, I. M., & Rimer, B. K. (2002). Depressive Realism and Health Risk Accuracy: The Negative Consequences of Positive Mood. *Journal of Consumer Research*, 29, 57–69.
- Kelsey, R. M. (1991). Electrodermal lability and myocardial reactivity to stress. *Psychophysiology*, 28, 619–631.
- Kimmel, A., & Kaniasty, K. (1996). Perceived social support and positive illusions. *Paper presented at the 1996 Annual meeting of the Eastern Psychological Association*, Philadelphia.
- King, L. A., Emmons, R. A., & Woodley, S. (1992). The structure of inhibition. *Journal of Research in Personality*, 26, 85–102.
- Kirschbaum, C., Pirke, K. M., & Hellhammer, D. H. (1993). The “Trier Social Stress Test”—A tool for investigating psychobiological stress responses in a laboratory setting. *Neuropsychobiology*, 28, 76–81.

- Kitamura, K., Jorgensen, C. R., Gobel, F. L., Taylor, H. L. and Wang, Y. (1972). Hemodynamic correlates of myocardial oxygen consumption during upright exercise. *Journal of Applied Physiology*, 32, 516–522.
- Kitchens, G. D. (2001). Positive illusions and psychological well-being in Ukraine, Indiana University of Pennsylvania, Doctoral dissertation abstract. Psynfodatabase.
- Knee, C. R., & Zuckerman, M. (1998). A nondefensive personality: Autonomy and control as moderators of defensive coping and self-handicapping. *Journal of Research in Personality*, 32, 115–130.
- Knee, C. R., & Zuckerman, M. (1996). Causality orientations and the disappearance of the self-serving bias. *Journal of Research in Personality*, 30, 76–87.
- Kopp, M., Fóris, N. (1993) *A szorongás kognitív viselkedésterápiája*. Végeken sorozat, Budapest.
- Kuijter, R. G., & De Ridder, D. (2003). Discrepancy in illness-related goals and quality of life in chronically ill patients: the role of self-efficacy. *Psychology and Health*, 18, 313–330.
- Kumari, V., Ffytche D. H., Williams S. C. R., Gray J. A (2004). Personality predicts brain responses to cognitive demands. *Journal of Neuroscience*, 24(47), 10636–10641.
- Kwan, V. S. Y., John, O. P., Kenny, D. A., Bond, M. H. & Robins, R. W. (2004). Reconceptualizing individual differences in self-enhancement bias: An interpersonal approach. *Psychological Review*, 111, 94–111.
- Langer, E. J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311–328.
- Lazarus, (1968). *Psychological Stress and coping process*, Mc. Graw Hill, N.Y.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). "Transactional Theory and Research on emotions and coping", *European Journal of Personality*, 1, 141–169.
- Lazarus, R. S., Folkman, S.- (1984) "Stress, Appraisal And Coping", Springer Publishing Company, New York.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46, 819–834.
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55, 665–673.
- Leary, M. R., & Kowalski, R. M. (1990). Impression Management: A Literature Review and Two-Component Model. *Psychological Bulletin*, 107 (1), 34–47.
- Lerner, M. J. (1980). *The belief in a just world: a fundamental delusion*. New York: Plenum Press.
- Luo, S., & Snider, A. G. (2009). Accuracy and biases in newlyweds' perceptions of each other: Not mutually exclusive but mutually beneficial. *Psychological Science*, 20, 1332–1339.
- Macavei, B. (2006). Dysfunctional Attitudes Scale, Form A; Norms for the Romanian Population. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 6(2), 157–171.
- MacInnis, D. J., & Mello, E. E. (2005). The Concept of Hope and Its Relevance to Product Evaluation and Choice, *Journal of Marketing*, 69, 1–14.
- MacLeod, C. M. (1991). Half a century of research on the Stroop effect: an integrative review. *Psychol Bull*, 109(2), 163–203.
- MacLeod, C., Rutherford, E. M., Campbell, L., Ebsworthy, G., & Holker, L. (2002). Selective attention and emotion vulnerability: Assessing the causal basis of their association through the experimental induction of attentional bias. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 107–123.

- Makikangas, A., & Kinnunen, U. (2003). Psychosocial work stressors and well-being: self-esteem and optimism as moderators in a one-year longitudinal sample. *Personality and Individual Differences*, 35, 537–557.
- Maslow, A. H. (1973). *An Intellectual Portrait* (Ed. Richard Lowry) Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Maslow, A. H. (1950). Self-actualizing people: A study of psychological health. *Personality, Symposium 1*, 11–34.
- Maslow, A. H. (1987). *Motivation and personality* (3rd ed.). New York: Harper & Row.
- Maslow, A. H. (2003). *A lét pszichológiája felé*. Ursus Libris Kiadó, Budapest. (prima apariție 1962).
- Maslow, A. H. (2006). *Bevezetés a transzperszonális pszichológiába*. Válogatás Abraham H. Maslow, Roberto Assagioli, Ken Wilber írásaiból, Budapest: Ursus Libris Kiadó.
- Matolcsi, A. (1980). Az Eysenck féle Személyiség kérdőív (EPQ) felnőtt változatának hazai adaptációja. In: Mérei, F., Szakács, F. (ed): *Pszichodiagnosztikai Vedeekum I/2.*, Tankönyvkiadó, Budapest.
- Mayman, M. (1968). Early memories and character structure. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 32, 303–316.
- McDougall, J. & Coen, S. J. (2000). Affect, somatisation and symbolisation. *International Journal of Psycho-analysis*, 81, 159–161.
- Mcgraw, P., Mellers, B. A., & Ritov, I. (2004). The affective costs of overconfidence, *Journal of Behavioral Decision Making*, 17(4), 281–295.
- Menninger, K. A. (1930). What is a healthy mind? In N. A. Crawford & K. A. Menninger (Eds.), *The healthy-minded child*. New York: Coward-McCann.
- Miclea, M. (1997). *Stress și apărare psihică*, Presa Universitară Clujeană. Cluj Napoca.
- Miller, D. T., & Ross, M. (1975). Self-serving biases in attribution of causality: Fact or fiction? *Psychological Bulletin*, 82, 213–225.
- Miller, L., Scott, R., & Keller, R. (2001). *Optimism and pesimism and moving beyond the most fundamental question*. American Psychological Association, Washington.
- Miller, P. J. E., Niehuis, S., & Huston, T. L. (2004). Positive Illusions in Marital Relationships: A 13-Year Longitudinal Study. *Personality and Social Psychology Review*, 8(4), 322–338.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1990). Control or defense? Depression and the sense of control over good and bad outcomes. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 71–86.
- Murray, L., Griffin, D., & Holmes (1996). The self-fulfilling nature of positive illusions in romantic relationships: Love is not blind, but prescient. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(6), 1155–1180.
- Murray, S. L., & Holmes, J. G. (1997). A leap of faith? Positive illusions in romantic relationships, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(6), 586–604.
- Murray, S. L., Holmes, J. G., & Griffin, D. W. (2000). Self-esteem and the quest for felt security: How perceived regard regulates attachment processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 478–498.
- Myers, D. G., & Diener, E. (1995). Who is happy?, *Psychological Science*, 6, 10–19.
- Myers, L. B., & Brewin, C. R. (1996). Illusions of well-being and the repressive coping style. *British Journal of Social Psychology*, 33, 443–457.
- Niaura, R., Herbert, P., McMahan, N., & Sommerville, L. (1992). Repressive coping and blood lipids in men and women. *Psychosomatic Medicine*, 54(6), 698–706.

- Niaura, R. S., Stoney, C., & Herbert, P. (1992). Lipids in psychological research: The last decade. *Biological Psychology*, 63(1), 34, 1–43.
- OMS. Organizația Mondială a Sănătății (Geneva) (2004). *Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății*, București, Ed. MarLink
- Paulhus, D. L. (1991). Measurement and control of response bias. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (17–59). New York: Academic Press.
- Paulhus, D. L. (1994). Balanced inventory of desirable responding: reference manual for BIDR version 6. Unpublished manuscript, University of British Columbia, CA.
- Paulhus, D. L. (1998). Interpersonal and intrapsychic adaptativeness of trait self enhancement: a mixed blessing? *Journal of personality and social psychology*, 74, 1197–1208.
- Paulhus, D. L., Harms, P. D., Bruce, M. N., & Lysy, D. C. (2004). The over-claiming technique: Measuring self-enhancement independent of ability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 681–693
- Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2–21.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8(3), 162–166.
- Pennebaker, J. W., & Graybeal, A. (2001). Patterns of natural language use: Disclosure, personality, and social integration. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 90–93.
- Pennebaker, J. W., & Watson, D. (1988). Self-reports and physiological measures in the workplace. In J. J. Hurrell, Jr., L. R. Murphy, S. L. Sauter, & C. L. Cooper (Eds.), *Occupational stress: Issues and developments in research*, (184–199). New York: Taylor & Francis.
- Pennebaker, J., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274–281.
- Perczel, F. D., Kiss Zs., & Ajtay, Gy. (Eds.) (2001). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: OPNI.
- Wason, P. C. (1983), "Realism and rationality in the selection task". In J. Evans (Ed.), *Thinking and reasoning: Psychological approaches*, (London: Routledge & Kegan Paul, 44–75.
- Raven J. C. (1960). *Guide to the standard progressive matrices*. London: HK Lewis,
- Reed, G. M., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Visscher, B. R. (1999). Negative HIV-specific expectancies and AIDS-related bereavement as predictors of symptom onset in asymptomatic HIV-positive gay men. *Health Psychology*, 18, 354–363.
- Reed, G. M., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., Wang, H. Y. J., & Visscher, B. R. (1994). Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13, 299–307.
- Robins, R. W., & Beer, J. S. (2001). Positive illusions about the self: Short-term benefits and long-term costs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 340–352.
- Robins, R. W., & John, O. P. (1997a). Effects of visual perspective and narcissism on self-perception: Is seeing believing? *Psychological Science*, 8, 37–42.
- Rogers, C. (1980). *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (2006). *Valakivé válni. A személyiség születése*. Edge 2000 Kiadó, Budapest (prima apariție 1961).

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ross, M., & Fletcher, G. J. O. (1985). Attribution and social perception In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology* (3rd ed., 73–122). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 1–28.
- Rutter, D R., Quine, L., & Albery, I. P. (1998). Perceptions of risk in motorcyclists: unrealistic optimism, relative realism and predictions of behaviour. *British Journal of Psychology*, 89, 681–696.
- Sackeim, H. A., & Gur, R. C. (1979). Self-deception, other-deception, and self-reported psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 213–215.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219–247.
- Scheier, M., & Carver, C. (2001). Optimism Pessimism and Psychological Well Being, in Optimism and Pesimism, *American Psychological Association*, Washington.
- Segerstrom, S. C. (2000). Personality and the immune system: Models, methods, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 180–190.
- Segerstrom, S. C. (2003). Individual differences, immunity, and cancer: Lessons from personality psychology. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17 Suppl. 1, 92–97.
- Segerstrom, S. C. (2005). Optimism and immunity: Do positive thoughts always lead to positive effects? *Brain, Behavior, and Immunity*, 19, 195–200.
- Segerstrom, S. C. (2006). *Breaking Murphy's Law: How optimists get what they want from life and pessimists can too*. New York: Guilford.
- Segerstrom, S. C. (2006). How does optimism suppress immunity? Evaluation of three affective pathways. *Health Psychology*, 25, 653–657.
- Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 104, 601–630
- Segerstrom, S. C., Castaneda, J. O., & Spencer, T. E. (2003). Optimism effects on cellular immunity: Testing the affective and persistence models. *Personality and Individual Differences*, 35, 1615–1624.
- Segerstrom, S. C., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Fahey, J. L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1646–1655.
- Segerstrom, S. C. (2001). Optimism, goal conflict, and stressor - related immune change. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 441–467.
- Seligman, M. E. P. & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1–9.
- Seligman, M. E. P. (1998). *Learned Optimism*. New York: Pocket Books.
- Shachem, A. A. (1983). A shortened version of the profile of mood states. *Journal of Personality Assessment*. 47, 305–306.
- Shea, A. Walsh C., Macmillan, H., & Steiner, M. (2008). The Link Between Childhood Trauma And Depression: Insights From HPA axis studies in humans *Psychoneuroendocrinology*, 33 (6), 693–710.
- Shedler, J. Mayman, M., & Manis, M. (1993). The illusion of mental health. *American Psychologist*, 48, 1117–1131.



- Shedler, J., Karliner, R., & Katz, E. (1995). Cloning the clinician: A method for assessing illusory mental health. *Journal of Clinical Psychology*, 59(6), 635–650.
- Shedler, J., Karliner, R., Katz, E. (2002) Early Memory Index, scoring Manual.(manuscript).
- Shedler, J., Mayman, M., & Manis, M. (1994). More illusions. *American Psychologist*, 49(11), 974–976.
- Sherwood, A., Dolan, C. A., & Light, K. C. (1990). Hemodynamics of blood pressure responses during active and passive coping. *Psychophysiology*, 27, 656–668.
- Shnek, Z. M., Irvine, J., Stewart, D., & Abbey, S. (2001). Psychological factors and depressive symptoms in ischemic heart disease. *Health Psychology*, 20, 141–145.
- Simpson, J. R., Jr., Snyder A. Z., Gusnard D. A., & Raichle M. E. (2001). Emotion-induced changes in human medial prefrontal cortex: I. During cognitive task performance. *Proceedings of National Academy of Sciences*, 98, 683–687.
- Sipos & Sipos (1978). The development and validation of the hungarian form of the STAI. In: Spielberg, C. D., Diaz Guerrero (editor): Cross-Cultural Anxiety 2, Hemisphere Publishing Corporation, Washington-London, 51–61.
- Solberg Nes, L., & Segerstrom, S. C. (2004). Psychoneuroimmunology. In C. Spielberger (Ed.), *Encyclopedia of Applied Psychology*, Vol. 3. San Diego: Academic Press. *Brain, Behavior, and Immunity*, 19, 195–200.
- Speisman, J. C., Lazarus, R. S., Mordkoff, R., & Davison, L. (1964). Experimental reduction of stress based on ego-defense theory. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68, 367–380.
- Spielberger, C. (1975). *State-Trait Anxiety Inventory* In Perczel F. D., Kiss Zs., Ajtay Gy. (Ed.) (2001) *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában* (Ed.) Budapest: OPNI
- Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a New Key: A Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*. Basic Books, New York
- Szondy, M. (2005). Optimizmus és egészségmagatartás: A pozitív elvárások segítik vagy gátolják az egészségmagatartást? *Pszichológia*, 25 (4), 367–379.
- Taylor, S. (2005). On healthy illusions. *Personality and Social Psychology*. 134 (1), 133–136.
- Taylor, S. E. (1989). *Positive Illusion: Creative self deception and the healthy mind*. New York: Basic Books.
- Taylor, S. E., & Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64, 873–898.
- Taylor, S. E., & Aspinwall, L. G. (1996). Mediating and moderating processes in psychosocial stress: Appraisal, coping, resistance, and vulnerability. In H. B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial stress* (71–109). Academic Press, New York
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193–210.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1994). Illusion of mental health does not explain positive illusions. *American Psychologist*, 49(11), 972–973.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1994). Positive illusions and well-being revisited: Separating fact from fiction. *Psychological Bulletin*, 116, 21–27.
- Taylor, S. E., & Gollwitzer, P. M. (1995). The effects of mindset on positive illusions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 213–226.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S, C, Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior

- among men at risk for AIDS. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 460–473.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99–109.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S. G., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for AIDS. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 460–473.
- Taylor, S. E., Klein, B. P., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R., & Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend and befriend, not fight or flight. *Psychological Review*, 107, 411–429.
- Taylor, S. E., Lerner, J. S., Sherman, D. K., Sage, R. M., & McDowell, N. K. (2003b). Portrait of the self-enhancer: Well-adjusted and well-liked or maladjusted and friendless? *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 165–176.
- Taylor, S. E., Lerner, J. S., Sherman, D. K., Sage, R. M., & McDowell, N. K. (2003). Are self-enhancing cognitions associated with healthy or unhealthy biological profiles? *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 605–615.
- Taylor, S. E. (2006). Bridges from social psychology to health. In P. Van Lange (Ed.), *Bridging Social Psychology: Benefits of Transdisciplinary Approaches* (313–317). Psychology Press, New York
- Taylor, S. E. (2008). From social psychology to neuroscience and back. In A. Rodrigues (Ed.), *Career Journeys in Social Psychology: Looking Back to Inspire the Future.*: Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ
- Taylor, S. E. (2009). *Health Psychology* (7th ed.). McGraw-Hill, New York
- Taylor, S. E., & Gollwitzer, P. M. (1995). The effects of mindset on positive illusions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 213–226.
- Taylor, S. E., & Sherman, D. K. (2008). Self-enhancement and self-affirmation: The consequences of positive self-thoughts for motivation and health. In W. Gardner & J. Shah (Eds.), *Handbook of Motivation Science*. Guilford, New York
- Taylor, S. E., & Stanton, A. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 129–153.
- Taylor, S. E., Burklund, L. J., Eisenberger, N. I., Lehman, B. J., Hilmert, C. J., & Lieberman, M. D. (2008). Neural bases of moderation of cortisol stress responses by psychosocial resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 197–211.
- Taylor, S. E., Helgeson, V. S., Reed, G. M., & Shokan, L. (1991). Self generated feelings of self control and adjustment to physical illness. *Journal of social issue*, 47, 91–101.
- Taylor, S. E., Lerner, J. S., Sage, R. M., Lehman, B. J., & Seeman, T. E. (2004). Early environment, emotions, responses to stress, and health. *Journal of Personality*, 72, 1365–1393.
- Taylor, S. E., Lerner, J. S., Sherman, D. K., Sage, R. M., & McDowell, N. K. (2003a). Are self-enhancing cognitions associated with healthy or unhealthy biological profiles? *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 605–615.
- Taylor, S. E., Lerner, J. S., Sherman, D. K., Sage, R. M., & McDowell, N. K. (2003b). Portrait of the self-enhancer: Well-adjusted and wellliked or maladjusted and friendless? *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 165–176.
- Taylor, S. E., Peplau, L. A., & Sears, D. O. (2006). *Social psychology* (12th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Thomas, C., Turkheimer, E., & Oltmanns, T. F. (2003). Factorial structure of ... traits as evaluated by peers. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 1–12.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Little, Brown, Boston
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms; Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55, 89–98.
- Van der Velde, F. W., Van der Pligt, J., & Hooyokaas, C. (1994). Perceiving Aids related risk, Accuracy as a function of differences actual risk. *Health psychology*, 13, 25–33.
- Velea, P. O. (1999). Mecanisme adaptative de coping și implicații în practica medicală. —Elemente de psihosomatică generală și aplicată. (Ed). *Infomedica*. București.
- Vickers, K. S., & Vogeltanz, N. D. (2000). Dispositional optimism as a ... depressive symptoms over time. *Personality and Individual Differences*, 28, 259–272.
- Vincze, A. E. (2009). The Role of Positive Illusions in Transylvanian Hungarians' Mental Health", *Philobiblon*, 16, 379–349.
- Watson, D., & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the five-factor model. *Journal of Personality*, 64, 737–774.
- Wegner, D. M., Shortt, J. W., Blake, A. W., & Page, Michelle S. (1990). The suppression of exciting thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 409–418.
- Weinberger, D. A. (1990). The construct validity of the repressive coping style. In J. L. Singer (Ed.), *Repression: Defense mechanism and personal style* (337–386). University of Chicago Press, Chicago
- Weinberger, D. A., Schwartz, G. E., & Davidson, R. J. (1979). Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: Psychometric patterns and behavioral and physiological responses to stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 369–380.
- Weinstein, J., Averill, J. R., Opton, Jr., E. M. & Lazarus, R. S. (1968). Defensive style and discrepancy between selfreport and physiological indexes of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 406–413.
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic Optimism About Future Life Events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(5), 806–820.
- Westen, D., & Weinberger J. (2004). When clinical description becomes statistical prediction. *American Psychologist*, 59, 595–613.
- Wilhelm, F. H., & Roth, W. T. (2001). The somatic symptom paradox in AS.MIV anxiety disorders: suggestions for a clinical focus in psychophysiology. *Biological Psychology*, 57(1–3), 105–140.
- Williams, J. M. G., Mathews, A., & MacLeod, C. (1996). *The emotional Stroop task and psychopathology*. *Psychological Bulletin*, 120 (1), 3–24.
- Woodworth, R. S., & Schlosberg, H. (1966). *Kísérleti Pszichológia*. Budapest, Akadémia Kiadó.
- Wright, S. (1996). Looking at the self through rose colored glasses: Unrealistically positive self-views and performance in academic and health domains, Commonwealth University press.
- www.apa.org, (2009). (Comunicat de presă) – Al doilea congres de Psihologie Pozitivă. www.facit.org
- Zhang, J., & Norvilitis, J. M. (2002). Measuring Chinese psychological well- being with Western developed instruments. *Journal of Personality Assessment*, 79, 52, 30–41.
- Ziegler, D. J. (2002). Freud, Rogers, & Ellis: A comparative theoretical analysis. *Journal of Rational-Emotiv and Cognitiv -Behavior Therapy*, 20(2).

- Zuckerman, E. W., & Jost, J. T. (2001). What Makes You Think You're So Popular? Self Evaluation Maintenance and the Subjective Side of the "Friendship Paradox". *Social Psychology Quarterly*, 64(3), 207–223.
- Zuckerman, M. (1979). Attribution of success and failure revisited, or: The motivational bias is alive and well in attribution theory. *Journal of Personality*, 47, 245–287.



## ANEXE

### ANEXA 1

#### TESTUL DE AMINTIRI TIMPURII (SHEDLER, KARLINER, KATZ, 2003)

##### Instrucțiuni:

În următoarele câteva pagini veți fi rugat să identificați câteva din primele amintiri ale Dvs. și să ne spuneți despre aceste amintiri în scris. Aceste dintâi memorii sunt foarte importante. Vă rugăm să nu vă grăbiți, luați-vă atât timp cât vă este necesar pentru a vă aminti și a descrie aceste amintiri cât mai detaliate. O să vă rugăm să rememorați în total cinci amintiri. Înainte să treceți la pagina următoare vă rugăm, încercați să vă relaxați cât mai mult. Lăsați ca mintea dumneavoastră să se întoarcă în timp, în copilăria Dvs. Încercați să vă întoarceți în timp cât de departe puteți și încercați să rememorați prima amintire a Dvs. Încercați să vă amintiți un eveniment specific, o amintire cât mai completă și nu doar un fragment sau o impresie.

După ce rememorați prima amintire a Dvs., întoarceți pagina unde veți avea loc să scrieți amintirea apărută.

1. Vă rugăm să descrieți amintirea cât de detaliat puteți. Vă rugăm să scrieți citeț.
  - 1a. Când vă uitați la această amintire, care vă sunt impresiile amintirii în legătură cu propria persoană și care sunt impresiile care apar legat de fiecare persoană în acea amintire? Scrieți citeț!
  - 1b. Are amintirea respectivă o tonalitate emoțională anume? Vă rugăm explicați.
2. Acum vă rugăm încercați să vă amintiți următoarea amintire care apare după prima. Vă rugăm să descrieți amintirea cât de detaliat puteți. Scrieți citeț!
  - 2a. Când vă uitați la această amintire, care vă sunt impresiile amintirii în legătură cu propria persoană și care sunt impresiile care apar legat de fiecare persoană în acea amintire?
  - 2b. Are amintirea respectivă o tonalitate emoțională anume? Vă rugăm explicați.
3. În continuare vă rugăm să vă amintiți prima amintire despre mama dumneavoastră. (Vă rugăm să nu repetați o amintire pe care deja ați descris-o mai de sus. Căutați o altă amintire dacă este necesar). Vă rugăm să descrieți amintirea cât de detaliat puteți. Scrieți citeț!
  - 3a. Când vă uitați la această amintire, care vă sunt impresiile amintirii în legătură cu propria persoană și care sunt impresiile care apar legat de fiecare persoană în acea amintire?
  - 3b. Are amintirea respectivă o tonalitate emoțională anume? Vă rugăm explicați.
4. Acum vă rugăm să încercați să vă amintiți prima amintire despre tatăl dumneavoastră. (Vă rugăm să nu repetați o amintire pe care deja ați descris-o mai de sus.

Căutați o altă amintire dacă este necesar). Vă rugăm să descrieți amintirea cât de detaliat puteți. Scrieți citeți!

4a. Când vă uitați la această amintire, care vă sunt impresiile amintirii în legătură cu propria persoană și care sunt impresiile care apar legat de fiecare persoană în acea amintire?

4b. Are amintirea respectivă o tonalitate emoțională anume? Vă rugăm explicați.

5. În final vă rugăm să vă amintiți o amintire despre care credeți că a reprezentat un punct decisiv (semnificativ, important) (pozitiv sau negativ) în viața dumneavoastră. (Vă rugăm să nu repetați o amintire pe care deja ați descris-o mai de sus. Căutați o altă amintire dacă este necesar). Vă rugăm să descrieți amintirea cât de detaliat puteți.

5a. Când vă uitați la această amintire, care vă sunt impresiile amintirii în legătură cu propria persoană și care sunt impresiile care apar legat de fiecare persoană în acea amintire?

5b. Are amintirea respectivă o tonalitate emoțională anume? Vă rugăm explicați.

### **Indexul Amintirilor Timpurii**

**(Early Memories Index, EMI, Shedler, Karliner, Katz, 2003).**

1. Tonul afectiv predominant al amintirii este pozitiv (amintirea reflectă o stare de bine, fericire, satisfacție, siguranță)
2. Tonul afectiv al amintirii este predominant negativ (amintirea reflectă o stare de rău, nefericire, teamă, nesiguranță, frustrare, furie)
3. Persoanele care apar în amintire sunt predominant pozitive (amabile, înțeleghătoare) și oferă în mod dominant confort și siguranță.
4. Persoanele care apar în amintire sunt predominant negative (agresive, neînțeleghătoare) și sunt surse ale unor stări predominant negative (frustrare, nesiguranță, teamă).
5. Autopercepția persoanei în amintire este predominant pozitivă (persoana se simte bine în pielea ei, se vede ca fiind încrezătoare în sine, ca având o stare pozitivă)
6. Autopercepția persoanei în amintire este predominant negativă (persoana se vede ca având o stare negativă și este neîncrezătoare în sine).
7. Consecințele sau deznodământul amintirii sunt predominant pozitive (lucrurile chiar și dacă au evoluat negativ se rezolvă în final, echilibrul se restabilește, în final persoana trăiește emoții pozitive de succes, fericire, calmare).
8. Consecințele sau deznodământul amintirii sunt predominant negative (amintirea se sfârșește negativ, persoana rămâne cu emoții predominant negative de frustrare, teamă, neliniște).
9. Părinții sau cei care îngrijesc persoana (copilul) apar predominant negativ în amintire (neglijenți, agresivi, neînțeleghători).

## ANEXA 2

### LISTELE DE CUVINTE FOLOSITE ÎN STUDIUL 3

| valență | lungime | cuvinte negative | traducere | corespunzătoare pozitive | traducere  | corespunzătoare neutre | traducere   |
|---------|---------|------------------|-----------|--------------------------|------------|------------------------|-------------|
| 1,5192  | 10      | gyilkosság       | omor      | romantikus               | romantic   | számítógép             | calculator  |
| 1,5600  | 5       | megöl            | ucide     | jóság                    | bunátate   | hónap                  | lună        |
| 1,6207  | 5       | halál            | moarte    | tiszta                   | curat      | papir                  | hârtie      |
| 1,6567  | 8       | gyűlölet         | ură       | nyugalom                 | calm       | nézőpont               | perspectivă |
| 1,6964  | 7       | öngyilkos        | sinucigaş | szerencse                | noroc      | fogalom                | concept     |
| 1,7778  | 6       | szomorú          | trist     | ékszer                   | bijuterie  | bélyeg                 | timbru      |
| 1,8070  | 7       | szenved          | Suferă    | szépség                  | frumusețe  | szék                   | scaun       |
| 1,9333  | 7       | erőszak          | violență  | bizalom                  | încredere  | állandó                | constant    |
| 1,942   | 5       | bűnös            | pácátos   | csoda                    | miracol    | pohár                  | pahar       |
| 1,9841  | 6       | megver           | bate      | discér                   | laudă      | számol                 | numără      |
| 1,7375  | 6       | nyomor           | sărăcie   | szelid                   | blând      | tenger                 | mare        |
| 1,6949  | 7       | félelem          | frică     | őszinte                  | sincer     | szabály                | regulă      |
| 1,7818  | 9       | meglázott        | umilit    | varázslat                | miracol    | teherautó              | camion      |
| 1,8125  | 8       | betegség         | boală     | szépség                  | frumusețe  | megtanul               | învață      |
| 1,6316  | 9       | csonkitott       | amputat   | csillogás                | strălucire | kategória              | categorie   |

| valență | lungime | cuvinte pozitive | traducere  | corespunzătoare negative | traducere | corespunzătoare neutre | traducere      |
|---------|---------|------------------|------------|--------------------------|-----------|------------------------|----------------|
| 8.1852  | 9       | boldogság        | fericire   | fenyveget                | amenință  | háromszög              | triunghi       |
| 8.0000  | 7       | nevetés          | rás        | szégyen                  | ruşine    | fogalom                | concept        |
| 7.8079  | 6       | szeret           | iubeşte    | vádol                    | acuză     | szótár                 | dicţionar      |
| 7.9074  | 6       | napfény          | luminos    | megsért                  | jigneşte  | képlet                 | schemă         |
| 7.8955  | 7       | gyönyör          | extaz      | kivégez                  | execuție  | hegedű                 | vioară         |
| 7.7302  | 5       | siker            | succes     | rossz                    | räu       | újság                  | ziar           |
| 7.7000  | 5       | ünnep            | sărbătoare | kinoz                    | chinuie   | doboz                  | cutie          |
| 7.7945  | 8       | barátság         | prietenie  | elutasit                 | refuză    | gondolat               | gând           |
| 7.5645  | 4       | imád             | adoră      | gyászol                  | doliu     | gomb                   | nasture        |
| 7.7463  | 7       | gyengéd          | tandru     | veszély                  | pericol   | telefon                | telefon        |
| 7.7059  | 6       | kedves           | amabil     | utál                     | detestă   | vasaló                 | fier de călcat |
| 7.4605  | 4       | béke             | pace       | bánt                     | abuz      | autó                   | auto           |
| 7.6988  | 6       | mosoly           | zâmbet     | kövér                    | gras      | létra                  | scândură       |
| 7.8400  | 5       | vidám            | voios      | kudarc                   | eşec      | ürlap                  | formular       |
| 7.3400  | 4       | szép             | frumos     | csúnya                   | urât      | vaza                   | vază           |

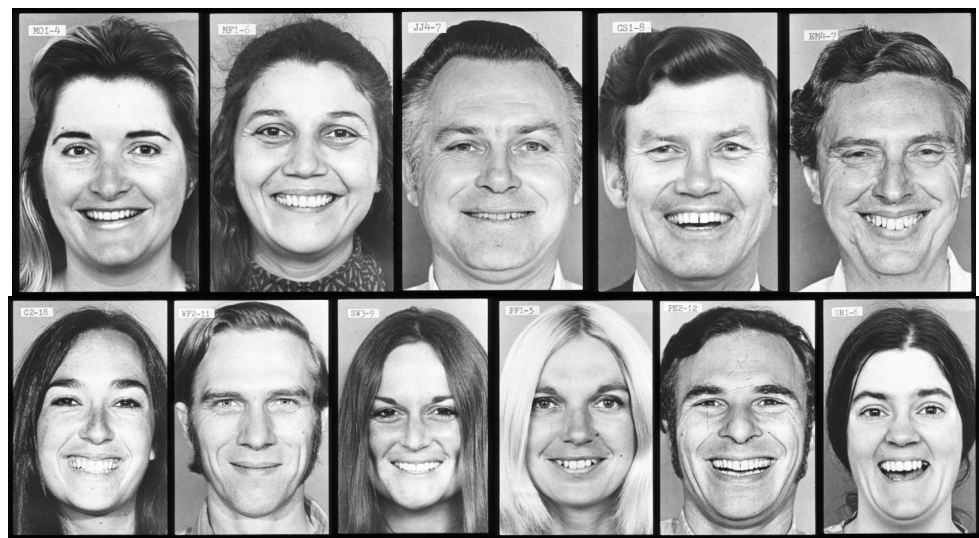


**ANEXA 3**  
**PICTURES OF FACIAL AFFECT (POFA)**

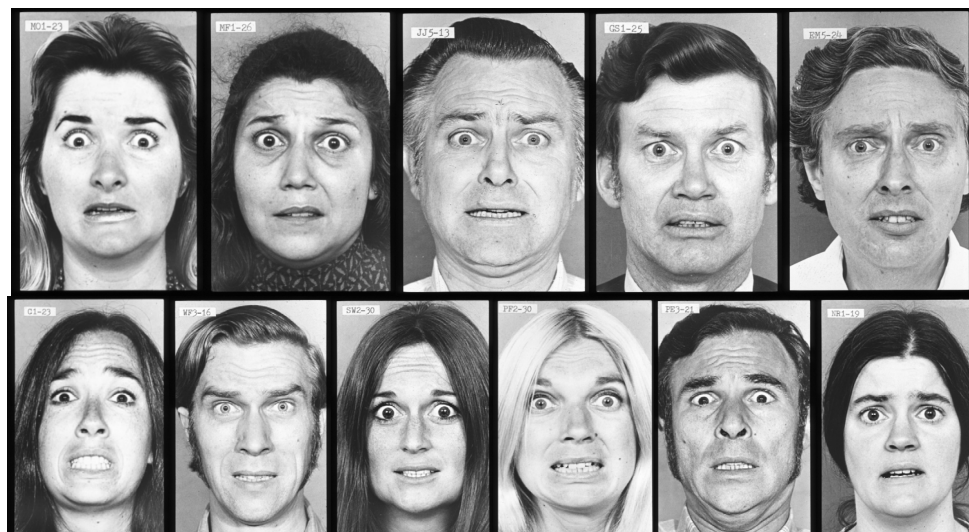
Fete neutre



Fete fericite



## Fete speriate



## Fete furioase





## DESPRE AUTOR



Bernáth Vincze Anna Emese este lector la catedra de Psihologie Aplicată a Universității Babeș-Bolyai, psiholog clinician și psihoterapeut cu o experiență de peste 15 ani în domeniul psihologiei. În 2002 a absolvit facultatea de psihologie, după care a lucrat ca psiholog practicant la o clinică din Boston cu copii cu probleme de dezvoltare și adulți cu traumatisme cranio-cerebrale. În 2004 a absolvit Masterul de Psihologie Clinică și Psihoterapie, iar în 2010 și-a susținut doctoratul în psihologie pe tema iluziilor pozitive. La UBB predă materiile Psihologia Dezvoltării și a Vârstelor și Psihoterapii Cognitiv-Comportamentale. Este membru în mai multe asociații științifice și este implicată în diverse proiecte de cercetare care s-au fructificat în participarea la numeroase conferințe internaționale, publicarea unor lucrări în reviste prestigioase, organizarea de workshopuri și cursuri în domeniul psihologiei. Interesele sale științifice privesc în principal impactul convingerilor pozitive asupra emoțiilor și comportamentului uman. De-a lungul carierei de psihoterapeut, datorită experienței câștigate în programele de specializare la care a participat, autoarea a integrat în practică tehnici psihoterapeutice multiple aparținând mai multor metode psihoterapeutice.

## PUBLICAȚIILE AUTOAREI LEGATE DE SUBIECTUL CĂRȚII

- Vincze A. E. (2010). Self enhancing believes relationship to Psychological distress examined by Anxiety related attentional biases. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 10 (1), 59–76.
- Vincze, A. E. (2010). A stresszre való fiziológiai reaktivitás változékonysága a pozitív illúziók és illuzórikus mentális egészség függvényében, *Transylvanian Journal of Psychology*, 11 (1).
- Vincze, A. E. (2011). Positive Illusions in the Perspective of Anthropology and Evolutionary Psychology, „Philobiblon” – *Transylvanian Journal of Multidisciplinary in Humanities* 16 (1), 235–249.

- Vincze, A. E., Degi L. C., (2012). Positive illusions about the self and their relationship to mental health in Romanian young adults. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 3, 3–31.
- Vincze A. E., Degi Cs. L., Roth M. (2012). Self Enhancement Relationship to Cognitive Schemas and Psychological Distress in Young Adults. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 12 (2), 189–207.
- Vincze, A. E., Haragus, P., Roth, M. (2015). Satisfaction with life of Romanian young adults. *Social Science & Arts Vol. I*, 181–189.
- Vincze, A. E., Szamoskozi, I. (2015). Pathways of wellbeing to young adulthood, *Social Science & Arts Vol. I*, 141–149.
- Vincze, A. E. (2015). Demographic correlates of Happiness in Romanian Young Adults. *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology; Special Issue (6)*, 51–59.
- Vincze, A. E. (2015) Variability of Happiness according to Income, Relationship Status Religious Affiliation and Health in Romanian Young Adults. *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology; Special Issue (6)*, 76–84.
- Vincze, A. E. , Degi, Cs., Roth, M., Hărăguș, T., P. (2013): A Nationwide Study of Mental Health and Social Support among Romanian Adolescents Transitioning to Adulthood, *Transylvanian Journal of Psychology*; 14 (1), 93–121.
- Vincze, A. E. , Degi Cs. L., Roth M. (2010). Quality of life, positive illusions and depression in drug users and at-risk persons compared to non-users among Romanian undergraduate students, Flaws and needs in the Romanian Drug Prevention System, *Psychology & Health*, 25 (1), Suppl., 362 – 363.
- Vincze, A. E. (2016) School Behavior and Future Plans of Adolescents In Romanian Migrant Families. *Social Science & Arts Vol. I*, 337–345.
- Vincze, A. E. (2016) Risk behaviors in Romanian Adolescent left behind. A Nationwide Longitudinal Study. *Social Science & Arts Vol. I*, 123–131.
- Vincze, A. E. Roth, M. (2013). Mental health and well being among Romanian adolescents transitioning to Adulthood. *Psychology & Health*, 28 (Suppl 1), 314–315.
- Vincze, A. E. Roth, M. (2015). Predictive Factors for Subjective Happiness and Satisfaction with Life in Romanian Young Adults. *The European Health Psychologist* 17 (Suppl), 425–426.
- Vincze, A. E. (2009). Rolul iluziilor pozitive în sănătatea mentală a maghiarilor din Transilvania, „Philobiblon” – *Transylvanian Journal of Multidisciplinary in Humanities*, 14 (1), 349–379.
- Vincze, A. E. Roth, M. (2014). Positive Resources and Protective Factors in the Life of Romanian Adolescent and their Effect on Future Plans. *The European Health Psychologist* (16), Suppl.
- Vincze, A. E. Roth, M. Haragus, T. P. (2014). Happiness and Life Satisfaction in Romanian Adolescents Transitioning to Adulthood. A Three Year Longitudinal Study. *The European Health Psychologist* 16 (Suppl), 405–406.
- Vincze, A. E., Dégi L. Cs., Roth M., Hărăguș T., P., Raiu, S., Iovu, M. B., Dávid-Kacsó, Á., Faludi, C., Voicu, C. (2013): Health and well-being among Romanian adolescents transitioning to adulthood, *Psychology & Health*, 28, Suppl 1, 173–174.
- Vincze, A. E., Kacsó, D. A., Roth, M. (2014). A Nationwide Study of Risk Behaviors among Romanian High School Seniors, *Social Science & Arts Proceeding I*, 1–8.
- Vincze, A. E. (2009). The Role of Positive Illusions in Transylvanian Hungarians Mental Health, „Philobiblon”, *Transylvanian Journal of Multidisciplinary in Humanities*, 14 (1), 349–379.

- Degi, L. Cs., Vincze, A. E., Roth M., (2008). A kábítószer-fogyasztás és a függőségveszély pszicho-szociális vonatkozásai a kolozsvári egyetemi hallgatók körében. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 9 (3), 211–235.
- Vincze, A. E. (2005). Pozitív illúziók vagy illuzórikus egészség? A pozitív illúziók mentális egészségben játszott szerepéről. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 6(3), 209–246.

## PARTICIPĂRI LA CONFERINȚE CU LUCRĂRI LEGATE DE SUBIECTUL CĂRȚII

- 2016 – *International Scientific Conferences on Social Sciences and Arts, Albena, Bulgaria*. School Behavior and Future Plans of Adolescents in Romanian Migrant Families
- 2016 – *International Scientific Conferences on Social Sciences and Arts, Albena, Bulgaria*. Risk behaviors in Romanian Adolescent left behind. A Nationwide Longitudinal Study.
- 2015 – *ISPCAN, 14th ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect, Bucharest*. Emotional well-being and risk behaviors of adolescents growing up with parents working abroad.
- 2015 – *SGEM- International Scientific Conferences on Social Sciences and Arts, Albena, Bulgaria*. Satisfaction with life of Romanian young adults.
- 2015- *International Scientific Conferences on Social Sciences and Arts, Albena, Bulgaria*. Pathways of wellbeing to young adulthood.
- 2015 – *Psychology and Realities of the Contemporary World, Bucharest*. Demographic correlates of Happiness in Romanian Young Adults.
- 2015 – *Psychology and Realities of the Contemporary World, Bucharest*. Variability of Happiness according to Income, Relationship Status Religious Affiliation and Health in Romanian Young Adults.
- 2015 – *EHPS – 29th European Health Psychology Conference, Limasol, Ciprus*. Predictive Factors for Subjective Happiness and Satisfaction with Life in Romanian Young Adult.
- 2014 – *IAAH – 18ème Congrès Européen de l'International Association for Adolescent Health, Paris, France*. "Mental Health and Well Being among Romanian Youth"
- 2014 – *EHPS – 28th Conference of the European Health Psychology Society, Innsbruck, Austria*. Positive Resources and Protective Factors in the Life of Romanian Adolescent and their Effect on Future Plans.
- 2014 – *SGEM – Conferences on Social Sciences and Arts, Albena, Bulgaria*. A Nationwide Study of Risk Behaviors among Romanian High School Seniors.
- 2014 – *International Scientific Conferences on Social Sciences and Arts, Albena, Bulgaria*. Health and well-being among Romanian adults. Poster presentation
- 2013 – *EHPS – 27th European Health Psychology Conference, Bordeaux, France*. Mental health and well-being among Romanian adolescents transitioning to Adulthood.
- 2013 – *13th ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect, Ireland: Dublin*. Future expectations of senior high school students from Romania.
- 2013 – *ENSACT – 3rd International Conference on Education and Educational Psychology, Istanbul, Turkey*. Outcomes of Adolescence.
- 2012 – *IAPSP – 35th Annual International Conference on the Psychology of the Self, in International Association for Psychoanalytic Self Psychology, Washington, USA*. Positive illusions about the self and their relationship to mental health in Romanian young adults.

- 2010 – *EHPS – 24th European Health Psychology Conference, Cluj-Napoca*. Quality of life, positive illusions and depression in drug users and at-risk persons compared to non-users among Romanian undergraduate students.
- 2007 – *Conferința Națională Antidrog, Cluj-Napoca*. Prevalența consumului de droguri, calitatea vieții și sănătatea mintală a consumatorilor de droguri și a celor cu risc de consum în rândul studenților municipiului Cluj-Napoca.
- 2007 – *Conferința Națională Antidrog, Cluj-Napoca*. Calitatea vieții și sănătatea mintală a consumatorilor de droguri și a persoanelor cu risc de adicție.
- 2006 – *Latini Dies. Conferința Națională de Psihologie, Cluj-Napoca*. Rolul cognițiilor iraționale pozitive în sănătatea mentală.
- Symposium of the Central Eastern European Behavioral Medicine Network, Târgu Mureș*. Sănătatea mentală iluzorie. Rolul cognițiilor iraționale pozitive în sănătatea mentală (date preliminare).



Mișcarea gândirii pozitive a devenit o adevărată modă, principiu de viață, care promite calea spre vindecare, putere, bogăție, fericire. Societatea modernă de azi trăiește o „teroare” și o „obsesie” a gândirii pozitive. Sub pretextul salvării valorilor „rațiunii” și ale științei, subiectul este deseori privit în comunitatea științifică ca un mod naiv de abordare a realității sau ca o fugă de realitate a celor cu personalitate slabă. Însă, în pofida rezistenței, „a gândi pozitiv” rămâne un subiect actual care continuă să stârnească interes. „Să zâmbesc atunci când îmi vine să plâng?” „E bine să văd jumătatea plină sau cea goală a paharului?” „Pot să îmi rezolv problemele doar prin gândire pozitivă sau doar camuflez problemele?”

În baza studiilor noastre, a deține iluzii pozitive despre sine poate fi o sabie cu două tăișuri: dacă lipsesc, viața devine cenușie, monotonă, amenințătoare; în schimb, dacă sunt forțate și asociate cu vulnerabilitate psihică, ele pot conduce, prin reprimare, la o serie de probleme psihice. Emoțiile de bază nu sunt lipsite de însemnătate, nu dispar sub scutul gândirii pozitive. Cert este însă că atunci când suntem recunoscători pentru ceea ce avem, căutăm frumosul și binele, credem și sperăm că lucrurile se vor îndrepta, suntem mai tandri cu noi înșine, fericirea devine palpabilă, momentele de cumpăna mai ușor de depășit și parcă soluțiile apar din senin. Iluzii pozitive funcționale nu înseamnă optimism naiv, înseamnă conștientizarea problemelor, integrarea părților negative prin accentuarea celor pozitive, detectarea soluțiilor prin prisma acceptării și iubirii de sine.

